

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Reabilitação

Relatório de Estágio

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação no Doente Crítico
com Alteração da Mobilidade**

Andreia Vanessa Freitas Rocha Duarte

Lisboa

2017



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Reabilitação

Relatório de Estágio

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação no Doente Crítico
com Alteração da Mobilidade**

Andreia Vanessa Freitas Rocha Duarte

Orientador: Prof.º. Joaquim Paulo de Oliveira

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Estender a mão é oferecer á pessoa,
a possibilidade de nela se apoiar,
quando decidir que é isso que deseja.
Agarrar a mão é intervir,
para em conjunto tentarem,
manter-se em equilíbrio”.

Walter Hesbeen

2003

AGRADECIMENTOS

Com a realização deste trabalho, quero expressar os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que de alguma forma o tornaram possível.

Em particular, aos Orientadores deste trabalho, Professora Doutora Vanda Marques Pinto e Professor Joaquim Paulo de Oliveira, o meu profundo reconhecimento pela sua disponibilidade, pelos seus ensinamentos, pela orientação e pertinência das suas observações.

A todos os profissionais de saúde e doentes que comigo colaboraram, de uma forma ou de outra, tornando possível a sua realização, agradeço com amizade e carinho.

Em especial á minha família, minha querida filha Matilde Duarte, meu bebé Salvador e esposo Luís Duarte, pelos longos momentos que os privei da minha companhia e por todo o apoio e carinho que me ofereceram.

Aos meus queridos Pais, Irmãos e Sogra, por todo o apoio, paciência e disponibilidade, em todos os momentos que necessitei.

SIGLAS E ABREVIATURAS

APER – Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVDs – Atividades de Vida Diárias

BNM – Bandas Neuro Musculares

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CVC – Cateter Venoso Central

EC – Ensino Clínico

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER - Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

EER – Enfermeiro Especialista de Reabilitação

EM – Estimulação Multisensorial

ER – Enfermagem de Reabilitação

LA – Linha Arterial

MDC – Miopatia do Doente Crítico

ml. – mililitros

PA – Pressão Assistida

PaCo₂ – Pressão parcial de dióxido de carbono

PaO₂ – Pressão parcial de oxigénio

PDC – Polineuropatia do Doente Crítico

Peep – Pressão Expiratória Positiva

PS – Pressão de Suporte

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SARA- Sistema Ativador Reticular Ascendente

SCI – Serviço de Cuidados Intensivos

SNC – Sistema Nervoso Central

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

Nas últimas décadas o investimento no avanço científico e farmacológico tem evidenciado a diminuição da mortalidade e consequente aumento de incapacidade funcional e cognitiva no doente crítico. As alterações neuromusculares observadas nos doentes em unidades de cuidados intensivos são potenciadas por diferentes fatores como, o tempo de imobilidade no leito, tempo prolongado de ventilação mecânica invasiva, défices nutricionais e eletrolíticos, hiperglicemias e utilização de determinados fármacos.

Tendo presente que a intervenção do enfermeiro especialista de enfermagem em reabilitação maximiza a funcionalidade, a capacitação da pessoa e facilita a resolução favorável de um processo de transição saúde/doença; considera que a sua intervenção especializada permite a consciencialização, compromisso e envolvimento da pessoa no processo saúde/doença, adquirindo esta, as estratégias e recursos necessários para a resolução favorável da transição vivenciada.

Tendo por base um projeto de formação suportado pela temática da alteração da mobilidade no doente crítico e a teoria de transição de Afaf Meleis, definiu como objetivo, desenvolver competências de enfermagem especializada em reabilitação que visem assegurar a manutenção das capacidades funcionais, físicas e cognitivas do doente crítico, conferindo qualidade de vida à pessoa/família, de acordo com a transição saúde/doença vivenciada.

A experiência vivenciada nos ensinamentos clínicos em contexto hospitalar permitiu a compreensão da implementação de um programa de intervenção do EER, redimensionando o paradigma do repouso no doente ventilado, permitindo reduzir as alterações neuromusculares no doente crítico.

Verifica assim, que a intervenção do EER possibilita a diminuição da incapacidade funcional e cognitiva no doente crítico, melhoria da qualidade de vida, bem como, a diminuição do tempo de internamento hospitalar e redução de custos para o Sistema Nacional de Saúde.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação, Fraqueza muscular adquirida, Transição saúde/ doença

ABSTRACT

In the last decades, the incrementing of scientific and pharmaceutical investment has contributed to a decrease of mortality. However, this leads to an increase of cases of functional and cognitive incapacity in critical patients in intensive care. Said conditions are aggravated by high immobility, extensive and invasive mechanical ventilation, nutritional and electrolyte deficits, hyperglycemia and the use of several pharmaceuticals.

The role of a nurse specialized in rehabilitation is to maximize the functionality and capacity of critical patients, by defining strategies and resources through a process of awareness, compromising and commitment in the transition from health to sickness.

The objective of this project, a training based by the theme of alterations in mobility of the critical patient and the transition theory of Alaf Meleis, is to develop skills in rehabilitation nursing by following the physical, cognitive and functional conditions according to experienced transition from health to sickness of critical patients, and improving the patient and family's wellbeing.

The experience lived in clinical trials allowed me to understand the implementation of an EER intervention program, changing the paradigm of ventilated patient's rest and minimizing the neuromuscular alterations of the critical patient.

Furthermore, by applying the EER program, there's a diminishing functional and cognitive incapacity of the critical patient, an improvement in patient's quality life and a diminished hospitalization time and, therefore, a reduction of National Health System's costs.

Also, it came to a conclusion that through EER, it is possible to shorten a patient's sickness process, ranging from a patient's hospitalization in ICU through its reentrance to the community, allowing us to acquire a more autonomous person.

Keywords: Rehabilitation Nursing, Acquired muscular weakness, Health/Sickness transition.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO.....	10
1. PROCESSO FORMATIVO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	25
1.1. Descrição de atividades segundo os objetivos delineados.....	27
1.1.2. Contexto Hospitalar: Atividades Desenvolvidas.....	28
1.1.2.1. Objetivo: Desenvolver competências de enfermagem especializada em Reabilitação no domínio da prestação de cuidados especializados, que visem dar resposta às necessidades da pessoa, sua família/cuidador, tendo em conta a individualidade e complexidade do ser humano.....	28
1.1.2.2. Objetivo: Desenvolver competências comuns e específicas para a prática de enfermagem especializada em reabilitação, no que respeita à prestação de cuidados à pessoa com necessidades na área sensório-motora, tendo em conta as componentes técnica, científica e relacional	30
1.1.2.3. Objetivo: Desenvolver estratégias para a elaboração e implementação de planos de intervenção especializados em reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais da pessoa, através da promoção da mobilidade.....	34
1.1.3. Contexto Comunitário: Atividades Desenvolvidas.....	46
1.1.3.1. Objetivo: Desenvolver competências de enfermagem especializada em Reabilitação no domínio da prestação de cuidados especializados, que visem dar resposta às necessidades da pessoa, sua família/cuidador, tendo em conta a individualidade e complexidade do ser humano.....	46
1.1.3.2. Objetivo: Desenvolver estratégias para a elaboração e implementação de planos de intervenção especializados em reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais da pessoa, através da promoção da mobilidade.....	49
1.1.3.3. Objetivo: Desenvolver competências comuns e específicas para a prática de enfermagem especializada em reabilitação, no que respeita á	

prestação de cuidados à pessoa com necessidades na área sensório-motora, tendo em conta as componentes técnica, científica e relacional.....	52
1.1.4. Intervenção na resolução favorável da transição Saúde/doença.....	56
2. PERCURSO FORMATIVO: DESAFIOS VIVENCIADOS/COMPETENCIAS ADQUIRIDAS.....	60
3. AVALIAÇÃO.....	71
3.1. Aspetos positivos e aspetos negativos.....	71
3.2. Contributos para a prática profissional.....	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPETIVAS FUTURAS.....	74
BIBLIOGRAFIA	78

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Estágio

Apêndice II – Planos de Cuidados

Apêndice III – Jornais de Aprendizagem

Apêndice IV - Estudo de Caso

Apêndice V – Scoping Review: A intervenção do EER no doente crítico com alteração da mobilidade

Apêndice VI – Póster “A intervenção do EER no doente crítico com alteração da mobilidade”

Apêndice VII – Plano de exercícios para a pessoa com AVC

ANEXOS

Anexo I – Formação Avançada de Massagem Terapêutica e Aplicação de BNM

Anexo II – Avaliação Formativa dos Orientadores nos diferentes Ensinos Clínicos

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito da unidade curricular Estágio com relatório, inserida no 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, como culminar de um processo formativo de ensino clínico nos contextos hospitalar e comunidade. Este processo formativo teve a duração de treze semanas em contexto hospitalar, em contexto comunitário decorreu durante nove semanas, permitindo conhecer duas realidades de abordagens diferentes e adquirir competências de enfermagem de reabilitação.

Todo o processo formativo mostrou-se bastante produtivo e positivo, para a aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em reabilitação, em duas vertentes bastante diferentes e interligadas. Uma, em meio hospitalar, dirigida para a situação aguda de doença, e outra, numa situação de doença com carácter crónico, inserido numa comunidade.

Considera, ao longo deste percurso formativo, as palavras de Hesbeen (2003), o qual refere que, com os diferentes avanços da medicina, a reabilitação não escapou a uma especialização ao longo dos tempos, garantindo intervenções profissionais baseadas no conhecimento profundo de determinado órgão ou função. A reabilitação prepara a pessoa nos diferentes planos (físico, moral, social, familiar e profissional) para uma maior qualidade de vida de acordo com as capacidades que dispõe.

Durante o seu percurso formativo, a área de intervenção no doente crítico gerou um interesse crescente, visto, a maior parte da sua carreira profissional, ser dedicada à prestação de cuidados de enfermagem ao doente internado numa unidade de cuidados intensivos (UCI).

O estado crítico¹ é tido como um estado de doença severa, onde a instabilidade hemodinâmica, refletida por uma falência orgânica infere a necessidade de utilização de sedação, drogas vasoativas, controlo glicémico, aporte nutricional entérico e

¹ Segundo Thelan et al. (2008) citando a *American Association of Critical-Care Nurses*, o doente crítico apresenta uma significativa alteração do estado saúde/doença real ou potencial, necessitando de uma observação e intervenção contínuas e atempadas, evitando complicações e restaurando a sua saúde.

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

períodos longos de imobilidade no leito, por vezes. A intervenção metódica, precisa e global da equipa interdisciplinar² contribui para a regressão do estado de criticidade e instabilidade, bem como, para uma recuperação global da função motora e cognitiva do doente.

É neste âmbito de cooperação interdisciplinar que se destaca a intervenção do enfermeiro de reabilitação, na manutenção da qualidade de vida³ do doente crítico e sua família, na sua capacitação e maximização de capacidades, e se evidencia a necessidade de cuidados especializados para uma maior expressão de ganhos em saúde em meio hospitalar.

Castro, Vilelas & Botelho (2011) referem que numa UCI, o ambiente tecnológico e sofisticado e as intervenções dos profissionais de saúde, tendem a ser direcionadas para o estado instável, vulnerável e crítico da pessoa, constituindo um foco de *stress* e ansiedade partilhado pelo profissional de saúde, pessoa e família. A pessoa para além de ser submetida a múltiplas intervenções dolorosas, que influenciam a sua capacidade de comunicação verbal, mobilidade e outras, depara-se rodeada de pessoas estranhas. A presença dos monitores e alarmes constantes contribuem para

² Segundo Hoeman (2011) as equipas multidisciplinares incluem membros de várias disciplinas onde os resultados da equipa refletem o somatório dos esforços de cada disciplina, onde a comunicação efetiva entre os diferentes membros da equipa é considerada a chave do sucesso. Nas equipas interdisciplinares, a colaboração mostra-se como a chave do sucesso onde a equipa identifica objetivos e esforça-se em evitar duplicações ou conflitos. Uma vez identificados os objetivos da equipa, cada disciplina atua para atingir os parâmetros dentro da sua área de atuação colaborando quando ultrapassam aos limites da disciplina.

³ Ferreira (2009) na sua dissertação de mestrado refere existir numa pessoa saudável uma noção de qualidade de vida abrangente em conceitos como riqueza, lazer, autonomia, liberdade, tudo o que se relaciona com um dia-a-dia agradável; no entanto, numa pessoa que vivencia um processo de saúde/doença, esta relaciona-se com a severidade da doença, seu tratamento e suas expectativas. Existem inúmeros conceitos de qualidade de vida e cada pessoa possui o seu, pelo que, esta é influenciada por inúmeros pontos de vista que tem variado de época em época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social e de pessoa para pessoa, perante as diferentes etapas da vida. Segundo esta autora existe qualidade de vida quando os desejos individuais são satisfeitos pelas experiências da vida e vice-versa. É um objetivo de todas as pessoas, desde a infância até à velhice, de cada pessoa à sua maneira, dependendo da idade, experiência, sonhos e expectativas e altera-se ao longo dos tempos. A qualidade de vida na pessoa que vivencia um processo saúde/doença é influenciada pelos sintomas produzidos pela doença e seu tratamento, pela funcionalidade física e cognitiva, aspetos psicológicos, sociais, familiares, laborais e económicos. Citando Secchi & Strepparava (2001), Ferreira (2009) refere a qualidade de vida na Saúde, tratar-se de um constructo multidimensional composto pelos domínios físico, psicológico, social e espiritual sendo influenciado pela personalidade e aspetos cognitivos do doente; é também um constructo subjetivo relacionado com a atribuição dada à doença, sendo este dinâmico ao longo dos tempos.

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

a despersonalização e aumento de ansiedade em relação ao seu estado de saúde/doença. Segundo os autores, a vivência numa UCI é denotada por solidão e desamparo, onde o autocontrolo da pessoa é substituído por diversos monitores e pelos profissionais de saúde. Como vivências positivas, encontra-se a segurança fornecida pela presença constante dos enfermeiros, e a confiança transmitida pelos profissionais de saúde no domínio de cada competência. Citando Zinn, Silva & Telles (2003), referem que perante sentimentos de incerteza do seu destino, insegurança e desconforto físico, os doentes expressam diferentes reações como o silêncio, choro e agitação.

Verificou que pela gravidade e criticidade do doente crítico, muitas vezes a primeira ação terapêutica passa pelo uso de sedação contínua, conferindo a este, o estado de coma induzido. O doente crítico poderá passar por diferentes estados de coma, desde o coma profundo, coma moderado ao coma ligeiro, consoante o estadió de recuperação em que se encontra. Durante a prestação de cuidados especializados ao doente crítico em coma, sentiu a necessidade de aprofundar os temas da consciência e estimulação neurosensorial.

O estado de coma é definido como um estado de inconsciência profunda, em que a pessoa permanece de olhos fechados incapaz de comunicar verbalmente, de responder a estímulos externos ou realizar movimentos voluntários. A pessoa fica impossibilitada de interagir com o meio externo, apresentando importantes alterações cognitivas e do ciclo sono/vigília (Cabral, Apolinário, Pompeu & Pompeu, 2008). Segundo, Giacino et al. (2009), o que distingue o coma de outros estados de alteração da consciência, é a contínua ausência de abertura ocular espontânea ou estimulada, não existindo qualquer sinal de fixação ocular ou procura após abertura ocular manual.

Damásio (2010) refere que a pessoa em coma apresenta pouca ou nenhuma expressão emocional. Segundo este autor, no coma, não existem comportamentos motores voluntários, sendo as respostas comportamentais limitadas a atividade reflexa.

Enunciando a entidade internacional *Coma Recovery Association*, Cabral et al. (2008) refere que o coma é tido como um estado de não resposta, do qual a pessoa

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

ainda não despertou. Durante o coma perdem-se atividades cerebrais superiores e são mantidas as atividades do sistema cardiorrespiratório. Citando Iankova (2006), os autores, referem ainda, que o estado de coma nos remete ao conceito do que é a consciência, descrevendo esta, como a situação em que a pessoa tem total conhecimento de si própria, e do meio que a rodeia conhecedora das relações de tempo, espaço, pessoa e factos em seu redor.

Damásio (2010) enuncia a consciência como o relato de um estado mental em que temos conhecimento da nossa própria existência e do mundo que nos rodeia, a consciência não se cinge apenas a imagens mentais, implica uma organização de conteúdos mentais, centrado na pessoa que produz e motiva esses conteúdos.

Monteiro et al. (2013) referem ser os sentidos, as vias passíveis de estimulação para a pessoa sendo possível, através deles, a re aquisição da consciência, reabilitação da pessoa e a diminuição de sequelas e limitações no período pós coma.

Baroncelli et al. (2014) expressam a importância do enriquecimento do ambiente externo e utilização de uma complexa combinação de estímulos sociais. O enriquecimento ambiental, recorrendo à estimulação sensorial (enquanto promotor da neurogénese), poderá recuperar o prognóstico de lesões neurológicas, pelo recrutamento de processos de neuroplasticidade⁴ anteriormente desconhecidos. Segundo os autores, são várias as intervenções à pessoa em coma relacionadas com, o aumento do conforto, promoção da qualidade de vida, a reabilitação cognitiva e motora, o apoio familiar, entre outras. Todas elas visam diminuir as incapacidades da doença e estado comatoso, sendo de extrema pertinência uma intervenção global, sistematizada e intencional ao nível da estimulação sensorial.

⁴ Haines (2006) refere a neuroplasticidade como um processo importante do desenvolvimento de organização neural. Ao contrário das crianças, o sistema nervoso central adulto, já ultrapassou períodos de desenvolvimento cerebral e torna-se menos maleável. O autor refere que a maior parte das conexões no adulto estão estáveis, apresentando-se assim, o cérebro adulto com diminuição da capacidade de neurogénese e sinaptogénese (sendo a neurogénese tida como a capacidade de produzir novos neurónios e a sinaptogénese a capacidade de formação de novas sinapses neurais). Segundo Monteiro et al. (2013) os novos neurónios sobrevivem com o apoio de células glia e necessitam de estabelecer ligações sinápticas com outros neurónios. São muitos, os neurónios que não sobrevivem, e é o hipocampo a área mais ativa de neurogénese, seguindo-se o núcleo caudado e o bulbo olfativo (Monteiro et al, 2013 citando Essebn et. al., 2007). O mesmo autor refere ainda que, perante uma lesão neurológica, o enriquecimento ambiental conjuntamente com a estimulação sensorial, encontram-se entre muitas das intervenções essenciais para a promoção da neurogénese e minimização dos efeitos da lesão.

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

Os doentes que sobrevivem ao coma apresentam um prognóstico funcional reservado, por redução do nível de estimulação no período de hospitalização, imobilidade e restrição do contacto social, levando á diminuição na percepção e consequente prejuízo motor. Segundo os autores, a estimulação multissensorial demonstra ser uma proposta que favorece o processamento da informação sensorial através do Sistema Ativador Reticular Ascendente⁵ (SARA).

A existência do ser humano é pautada de uma diversidade sequencial de transições, que a pessoa vivência de um modo saudável ou não, segundo os recursos que dispõe. A pessoa que vivencia uma transição saúde/doença por um internamento de um estado crítico, numa fase inicial vivencia a instalação da doença e suas limitações, em meio hospitalar, e após, no seu domicílio e meio comunitário. No processo de cuidar⁶ o EER poderá apresentar-se como o vetor de resolução favorável de uma transição saúde/doença vivenciada pelo doente crítico e família. O EER utilizando os seus conhecimentos técnico-científicos, deve otimizar todos os processos de saúde e resultados esperados, apoiando o doente e a família, a lidar eficazmente com diferentes situações, assegurando um padrão funcional de saúde de coping-stress-tolerância. (Hoeman, 2011)

⁵ Segundo Monteiro et al. (2013), citando Andrade et al. (2007), o SARA é constituído por diferentes estruturas localizadas na formação reticular e a sua principal função é manter o cérebro desperto, citando Citow & Macdonald (2004) acrescenta, que ocorrendo uma lesão a nível da formação reticular (estrutural ou metabólica), a pessoa fica insensível aos estímulos sensoriais de vigília, pela perda de impulsos somáticos sensoriais. Os neurónios de toda a formação reticular podem ser motores ou sensoriais e apresentam diferentes tamanhos, citando Cabral et al. (2008), as fibras que se estendem para o diencéfalo, desempenham o controlo do sono e vigília, quando ocorre lesões nessa via, torna-se essencial a regulação sensorial e a reabilitação da pessoa em coma, visto esta reorganizar vias alternativas cerebrais.

⁶ Para Hesbeen (2003) o reabilitador ao ser prestador de cuidados, deve atuar com intuito de ir ao encontro da vontade da pessoa, deve procurar acolher a pessoa que o procure, e estabelecer laços de confiança com esta. Dessa “relação de ajuda” a pessoa vivencia um sentimento que aquele prestador de cuidados irá ajudá-la e assisti-la, na sua situação que é única e particular. Nesta relação, deverá existir uma subtilidade na prestação de cuidados, levando o outro a descobrir qual a sua principal preocupação, procurar atenuar o peso e a pressão que desse problema advém. O autor refere ainda, que o que mais preocupa a pessoa que recebe cuidados, é ser ouvido e ter a possibilidade de partilhar o seu sofrimento ou o seu medo de sofrer, é ter o conhecimento e ser tranquilizado em relação á sua nova condição de vida (por vezes assustadora). “O encontro e os laços de confiança que se criam são os primeiros elementos que permitem cuidar a pessoa na perspetiva da saúde, na perspetiva da recuperação do equilíbrio do ser, ao longo de um percurso singular e particular” (Hesbeen, 2003, p.75)

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

Hoeman (2011) refere o coping, como um processo fundamental para a resposta saudável, face às experiências vividas diariamente, maximizando a satisfação e qualidade de vida da pessoa. São variados os conceitos que interferem na resolução de uma situação de doença, tais como, as experiências de vida, bem-estar (físico, mental e espiritual), integridade pessoal (sensação de ser um todo e controlar a sua vida), conforto (físico, mental e espiritual), vulnerabilidade, *stress*, resistência e sofrimento, tristeza crónica e transição. Citando Lazarus (1999), Hoeman (2011) refere que na pessoa poderão surgir sentimentos de *stress* psicológico, que são o resultado da relação entre as características pessoais e o ambiente onde a pessoa está inserido, existindo três tipos de stress psicológico: o dano/perda, a ameaça e o desafio. A resistência e sofrimento existem de uma forma contínua na luta a uma doença/lesão, apresentando-se a resistência, omissa de reflexão e emoção, enquanto o sofrimento, denota a reflexão e emoção da imensidade da perda.

Hoeman (2011) descreve a transição como o movimento/mudança de uma forma de estar para outra, sendo experienciada ao longo da vida, tornando-se especialmente desafiante quando associada a uma deficiência adquirida. Para o autor, citando Harms (2004) os recursos de atitude que determinam a resolução saudável de uma transição, são o sentido de determinação, a força interior, o acreditar em si, a energia e concentração.

Uma transição pode ser ainda definida como, passagem de uma fase da vida, condição ou estado para um outro. Esta refere-se em simultâneo, ao processo e ao resultado de uma complexa interação entre a pessoa e o ambiente que a rodeia, podendo incluir mais do que uma pessoa, sendo influenciada pelo contexto e situação vivenciada. Uma transição denota uma mudança no estado de saúde, num papel relacional, numa expectativa ou habilidade da pessoa e denota uma conjuntura de diferentes respostas num período de tempo. As etapas que caracterizam uma transição incluem o processo, desconexão, perceção e padrões de resposta, onde uma transição favoravelmente resolvida implica um período de maior estabilidade. Existem indicadores que denotam uma transição bem-sucedida, o bem-estar emocional e relacional e a mestria que, por sua vez, demonstram o readquirir de uma

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

qualidade de vida, uma capacitação funcional, autoavaliação e consciencialização, e por fim, uma transformação pessoal. (Meleis & Trangenstein, 1994, in Meleis, 2010)

Durante o período de ensino clínico verificou que muitas são as situações de tristeza e desespero vivenciadas pela pessoa e família face a um novo estado de saúde/incapacidade adquirida, onde a mudança de novos hábitos de vida, e aquisição de novos comportamentos obriga a uma elevada alteração na dinâmica familiar.

No doente crítico, Sá, Botelho & Henriques (2015), referem que o vivenciar de uma situação limite associada ao risco de vida, é vivida de forma única, quer pelo doente quer pela família. O doente só vivencia a gravidade da sua situação saúde/doença, num período de recuperação, enquanto a família vivencia intensamente todas as alterações e oscilações ao longo de todo o processo saúde/doença do doente.

Ao longo de décadas o investimento nos setores da saúde, medicina e indústria farmacêutica tem sido crescente, desenvolvendo-se e produzindo-se novos tratamentos, intervenções e novos fármacos a utilizar. Com este investimento, surge um avanço científico e tecnológico, que reflete um aumento da esperança média de vida e um crescente envelhecimento populacional. Este, por sua vez, origina uma mudança de paradigma, onde a capacitação e funcionalidade motora e cognitiva da pessoa, poderá estar em causa, e a sua independência e qualidade de vida poderão ficar abaladas.

Assim, durante todo o seu percurso de formanda, a sua intervenção teve como base, o enunciado pela Ordem dos Enfermeiros (2010a), onde o enfermeiro especialista de reabilitação abarca um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstrando elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas ao seu campo de atuação.

No seu dia-a-dia, procurou na sua intervenção, o protelado pela Ordem dos Enfermeiros, demonstrando apresentar um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos, cuidando de pessoas com doença aguda, crónica ou

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

sequelar, maximizando o seu potencial funcional e a sua independência. A sua intervenção visou a manutenção das capacidades funcionais da pessoa, prevenindo complicações e minimizando o impacto das incapacidades instaladas, permitindo assim, a manutenção/recuperação da independência da pessoa nas suas atividades de vida diárias (AVDs), intervindo na educação da pessoa e familiares/cuidadores diretos, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração da pessoa na família e comunidade. (Ordem dos enfermeiros, 2010b)

No final de todo o processo formativo, o seu objetivo major seria atingir as competências específicas do EER:

- a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

(Ordem dos enfermeiros, 2010b, p.2)

Um dos temas de seu interesse, ao longo do seu processo formativo, foi o doente crítico com alterações neuromusculares; direcionou-se, assim, para o estudo da polineuropatia/miopatia e intervenção por parte do EER, na prevenção e minimização das incapacidades da doença.

A Polineuropatia e/ou miopatia no doente crítico, são descritas como as maiores complicações de uma doença crítica severa, e são diversos os fatores de risco para o desenvolvimento de alterações neuromusculares. A polineuropatia do doente crítico é descrita pela primeira vez por Bolton e seus colegas em 1896, posteriormente surge o diagnóstico de miopatia do doente crítico, e ambos partilham um sinal clínico major de parésia flácida simétrica e redução ou ausência de reflexos osteotendinosos. (Hermans et al., 2008)

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

Dos doentes admitidos numa unidade de cuidados intensivos, 30 a 50% sofrem de fraqueza neuromuscular ⁷ generalizada, por polineuropatia dos cuidados intensivos, miopatia dos cuidados intensivos ou a uma combinação de ambos, prolongando o tempo de ventilação mecânica e o tempo de internamento na UCI, estando os dois diagnósticos clínicos associados a elevados índices de mortalidade e morbilidade. (Apostolakis et al., 2015)

A polineuropatia e miopatia dos cuidados intensivos são duas complicações comuns, no doente crítico, que podem ocorrer isoladamente, mas na maioria dos casos ocorrem conjuntamente. Muitos são os autores, a considerar a designação de alterações neuromusculares adquiridas numa unidade de cuidados intensivos, para a polineuropatia e/ou miopatia no doente crítico.

Os sinais clínicos destas são semelhantes, como a parésia flácida nos membros inferiores, diminuição da força muscular mais acentuada nos membros inferiores do que nos membros superiores; os músculos faciais poderão ser afetados, bem como, poderá ocorrer a oftalmoplegia, e existir o envolvimento do nervo frénico e diafragma. Na polineuropatia do doente crítico (PDC), a alteração das sensibilidades, superficial térmica e dolorosa e profunda vibratória poderão ocorrer; os reflexos osteotendinosos normalmente estão normais ou reduzidos na miopatia do doente crítico (MDC) e ausentes na PDC. (Hermans et al., 2008)

30 a 50 % dos doentes críticos, desenvolvem polineuropatia, miopatia ou ambos; no entanto, muitos são os fatores que influenciam a incidência de alterações neuromusculares, como as comorbilidades, critérios e determinação do diagnóstico, tempo de permanência numa UCI. Segundo os autores, 70% dos doentes que desenvolvem sépsis ou síndrome de resposta inflamatória sistémica, irão desenvolver polineuropatia dos cuidados intensivos, 60% dos doentes que apresentam síndrome de dificuldade respiratória aguda, adquiriram polineuropatia ou miopatia, estando a

⁷ Segundo Morgado & Moura (2010), a Fraqueza neuromuscular é considerada cada vez mais um problema clínico importante e comum nos doentes em unidades de cuidados intensivos, apresentando elevada taxa de morbilidade, o seu diagnóstico é frequentemente difícil e não existem terapêuticas específicas para o seu tratamento. O uso criterioso de determinados fármacos e a inclusão de um programa de reabilitação, o mais cedo possível, poderá ser útil no processo de recuperação funcional da pessoa.

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

falência multiorgânica associada a 100% de desenvolvimento de polineuropatia. (Apostolakis et al., 2015)

A sobrevivência a um estado crítico, implica na maioria das situações, um longo e árduo programa de reabilitação, concomitantemente com alterações cognitivas significativas, *stress* psicológico e sobrecarga do cuidador. A interligação entre lesões neuronais e musculares pré-existentes e as alterações neuromusculares induzidas por variadas patologias severas esboçam um largo espectro de incapacidade. Estas alterações neuromusculares no doente crítico são prevalentes, onde a sua severidade e recuperação é variável. (Batt et al., 2013)

Segundo os autores, mais de 50% dos doentes com alterações neuromusculares desenvolvidas numa UCI recuperam na totalidade, sendo que a maioria recuperará dentro de quatro a doze semanas; no entanto, existem dados que reportam a existência de fraqueza muscular no doente crítico durante quatro meses. Citando Zifko (2000), o autor, no seu estudo “Long-term outcome of critical illness polyneuropathy”, refere que seis de dezanove doentes com PDC morrem no primeiro ano, e onze doentes apresentam alterações neurológicas significativas que condicionam a sua qualidade de vida, durante dezassete meses após a alta de uma UCI. O autor considera a prevenção, o caminho para a correta gestão das alterações neuromusculares desenvolvidas na UCI; pois, até ao momento não se encontrou uma terapia específica.

A prevenção das alterações neuromusculares, passa pelo tratamento agressivo da(s) patologia(s) base(s), na utilização de programas de reabilitação que confirmem uma melhor gestão da dependência ventilatória, na dose e duração de utilização de bloqueadores neuromusculares (esta deverá ser limitada e a sua utilização concomitante com corticoides deverá ser evitada), na utilização de protocolos nutricionais que confirmem o aporte nutricional adequado, terapia antioxidante, na utilização de insulino-terapia e na mobilização precoce do doente crítico ou electroestimulação muscular, onde estes últimos desempenham um papel significativo na sua prevenção. (Batt et al., 2013)

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

As motivações em optar, em termos de projeto de formação (apêndice I), pela temática da alteração da mobilidade no doente crítico, prendem-se pelo interesse profissional em desempenhar funções de enfermagem numa unidade de cuidados intensivos, pois, considera que ao adquirir competências especializadas de enfermagem em reabilitação, acresce uma maior responsabilidade e excelência no cuidado ao doente crítico. Em seguida, pela complexidade e exigência do processo de reabilitação do doente crítico ao longo de todo o internamento hospitalar, planeamento da alta/transferência e continuidade do processo de reabilitação em contexto hospitalar, familiar e comunitário. Por último, pela importância da intervenção do EER na resolução favorável da transição saúde/doença no doente crítico.

Optou pela teoria de médio alcance de Afaf Meleis, a teoria de transição, para o enquadramento teórico e conceptual de suporte à temática da intervenção do EER, no doente crítico com alteração da mobilidade.

Meleis & Trangenstein (1994) in Meleis (2010) sugere que o foco principal da enfermagem reside na facilitação de resolução da transição de uma pessoa, família ou comunidade, tendo por base o cuidar e a qualidade de vida da pessoa. O processo transicional requiere tempo para a pessoa mudar gradualmente os seus comportamentos e definir o seu novo eu. O enfermeiro ao cuidar diariamente da pessoa pode ajudar a identificar a mudança imposta pela doença, e ajudar a visualizar novas possibilidades a partir de uma experiência disruptiva.

Kralik et al. (2006) in Meleis (2010) refere que um indicador de resolução de uma transição inclui o sentimento da pessoa em estar conectado, e a sua interação com o meio e as pessoas que o rodeiam. A pessoa denota estar integrada, e reflete a sua interação quando desenvolve a sua confiança, adquirindo a mudança e a mestria, demonstra ter adquirido novas habilidades e novos modos de viver a sua vida, desenvolvendo uma flexibilidade na sua identidade como resposta à nova mudança.

Ao EER acresce um maior leque de conhecimentos e competências intervindo para a resolução favorável de uma transição vivenciada pelo doente crítico com alteração da mobilidade. A sua intervenção especializada, baseada em programas de reeducação funcional respiratória (RFR) permitem a redução da utilização de

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

ventilação mecânica artificial e maior capacitação da pessoa, maximização da autonomia e crescente qualidade de vida da pessoa, no âmbito da ventilação, respiração e *toilette* brônquica. A implementação de programas de reeducação funcional sensório-motores permitem uma maior capacitação e maximização da funcionalidade dos diferentes sistemas corporais, conferindo maior autonomia ao doente crítico, no auto-cuidado e maior qualidade de vida. A sua intervenção especializada permite a prevenção/redução de complicações por imobilidade como processos de anquilose, aparecimento de úlceras por pressão, alterações neuromusculares, alterações da coordenação motora e equilíbrio corporal, alterações da deglutição, alterações da eliminação vesical e intestinal e alterações na comunicação verbal.

Considera que, a intervenção do EER no doente crítico com alteração da mobilidade permite a minimização das incapacidades inferidas pela doença, capacitação da pessoa e maximização da funcionalidade, permitindo fornecer á pessoa/família, as estratégias facilitadoras para vivenciar favoravelmente a transição saúde/doença, que um internamento hospitalar traz.

Assim, tendo por base o contributo da teoria de Transição de Meleis, foram definidos no projeto de formação, os objetivos gerais:

- ✓ Desenvolver competências de enfermagem especializada em Reabilitação no domínio da prestação de cuidados especializados, que visem dar resposta às necessidades da pessoa, sua família/cuidador, tendo em conta a individualidade e complexidade do ser humano;
- ✓ Desenvolver estratégias para a elaboração e implementação de planos de intervenção especializados em reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais da pessoa, através da promoção da mobilidade;
- ✓ Desenvolver competências comuns e específicas para a prática de enfermagem especializada em reabilitação, no que respeita á prestação de cuidados à pessoa com necessidades na área sensório-motora, tendo em conta as componentes técnica, científica e relacional.

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

Como objetivos específicos foram ainda delineados, de acordo com o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, as competências específicas do EER: promover uma prática profissional ética e segura, baseada em princípios éticos⁸ e deontológicos na área de enfermagem de reabilitação, desenvolver intervenções de enfermagem de reabilitação ao doente com alteração da mobilidade por alterações neuromusculares desenvolvidas nos cuidados intensivos, promover a autonomia e capacitação da pessoa/família com alteração da mobilidade, aprofundar conhecimentos sobre a área de especialização de reabilitação e da temática da alteração da mobilidade no doente crítico, aperfeiçoar a capacidade reflexiva e o autoconhecimento, assegurando uma crescente autonomia e segurança durante a prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação.

Os objetivos referidos anteriormente conduziram o seu raciocínio e intervenções, guiando os seus passos de iniciada⁹ na prestação de cuidados especializados de reabilitação, durante todo o percurso formativo nos diferentes ensinamentos clínicos, no sentido de desenvolver competências inerentes à temática definida e às competências específicas do EER.

O percurso formativo de ensino clínico iniciou-se em contexto hospitalar num serviço de neurocirurgia; o estágio teve a duração de oito semanas onde prestou cuidados especializados de reabilitação, nas diferentes etapas de fase aguda, de um processo transicional saúde/doença. Durante este ensino clínico teve a oportunidade de compreender diferentes intervenções do EER, nos contextos de unidade de

⁸ A deontologia refere-se à correção da ação, apresentando indicações práticas e precisas de um modo imperativo, pode ser definida como o conjunto de normas de determinada profissão, alicerçadas em princípios morais e de direito procurando definir boas práticas. A ética surge no domínio da reflexão do agir humano, os princípios éticos profissionais da enfermagem, baseiam-se no conceito moral do bem-estar do ser humano, não basta qualidade técnica e científica. Segundo o Código Deontológico, inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, são princípios gerais, intervenções de enfermagem realizadas com base na defesa da liberdade e dignidade humana da pessoa e do enfermeiro, a sua intervenção expõe os valores universais da igualdade, liberdade, verdade e justiça, altruísmo e solidariedade, competência e aperfeiçoamento profissional e como princípios orientadores, a responsabilidade de cuidador perante a sociedade, o respeito pelos direitos humanos e a excelência do exercício na profissão e relação com outros profissionais. (Ordem dos Enfermeiros, 2005)

⁹ “A perícia desenvolve-se quando um clínico testa e refina propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real (...) noções e expectativas preconcebidas são postas em causa, corrigidas ou não confirmadas pela situação atual. A experiência é por isso necessária para a perícia”. (Benner, 2001, p.32)

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

cuidados intensivos, unidade de cuidados intermédios e enfermaria. Foi nesta primeira etapa de processo formativo que constatou a primeira abordagem do EER ao doente crítico. Neste ensino clínico sentiu a necessidade de explorar e sedimentar o seu conhecimento teórico-prático na temática do coma e estimulação neurossensorial, temática esta que destaca neste trabalho, para além da temática da alteração da mobilidade no doente crítico. Considera que, este contexto formativo mostrou-se bastante enriquecedor, na aquisição de competências especializadas em enfermagem de reabilitação, pela diversidade de experiências vivenciadas.

Após a experiência hospitalar, onde constatou a transição saúde/doença sofrida pelo doente crítico com alteração da mobilidade, teve a oportunidade de prosseguir o seu percurso formativo em contexto comunitário, numa unidade de saúde familiar, em contexto de cuidados continuados integrados. Neste contexto, os cuidados especializados de reabilitação eram prestados no domicílio do doente, e demonstrou ser uma nova realidade de prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Neste ensino clínico, teve a oportunidade de aprofundar competências especializadas em enfermagem de reabilitação ao doente com AVC, no seu regresso ao domicílio, e constatar a importância de intervenção do EER num contexto de enfermagem paliativa. Como culminar do seu processo formativo em ensino clínico, no contexto de reingresso no 7º CMER, teve a oportunidade de verificar a atualização de práticas da intervenção do EER ao doente crítico com alteração da mobilidade, durante cinco semanas de ensino clínico, num serviço de cuidados intensivos polivalente, onde aborda a temática da mobilização precoce do doente crítico. Ao longo deste trabalho enunciará o desenvolvimento de conhecimentos e competências adquiridas, o seu contributo para a prática profissional durante todo o processo formativo dos ensinos clínicos.

Este trabalho é constituído por três partes, em primeiro, expõe todo o processo formativo de aquisição de competências, descrição das atividades desenvolvidas, segundo os objetivos delineados, efetuando referência à filosofia de cuidados, que sustentou todo o seu percurso formativo, ao longo dos ensinos clínicos. De seguida, menciona os desafios vivenciados e competências adquiridas ao longo do percurso formativo, e por último, realiza a avaliação de todo o processo de formação

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

especializada, referindo os aspetos positivos e negativos deste percurso, bem como, os contributos para a prática profissional.

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

1. PROCESSO FORMATIVO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O processo formativo obtido nos ensinos clínicos traduz o resultado de experiências vividas na obtenção das competências do EER, a análise crítica e reflexiva das intervenções realizadas e conhecimentos científicos adquiridos. Segundo Pimentel (2007), com base na teoria de Kolb, a pessoa é um ser integrado no seu meio natural e cultural, capaz de aprender através da experiência e reflexão consciente da mesma, aprende motivada pelos seus interesses e empenha-se deliberadamente na obtenção da aprendizagem que lhe faz sentido.

Assim, neste capítulo apresenta as atividades desenvolvidas ao longo de todo o processo formativo, nos diferentes ensinos clínicos, de acordo com os objetivos e metodologia inicialmente definidos no projeto de estágio. Em cada ensino clínico, importa salientar as particularidades de cada um, pois, constatou duas experiências diferentes, onde teve a oportunidade de desenvolver competências de diferentes temáticas e contextos. Ao descrever e analisar as atividades desenvolvidas, procura ter por base, a situação transicional vivenciada, o contexto, necessidades e tipo de cuidados prestados ao doente e sua família.

Em qualquer situação transicional, a pessoa e sua família/cuidador experimenta uma situação de fragilidade e vivência sentimentos de vulnerabilidade.¹⁰ Durante o percurso formativo nos diferentes ensinos clínicos, verificou que a intervenção do EEER facilita toda uma transição vivenciada pela pessoa, através da promoção da autonomia, maximização da função e capacitação da pessoa e sua família.

Nos diferentes ensinos clínicos considerou os principais componentes da sua intervenção como EEER, a avaliação inicial e global do doente/família, a identificação dos diferentes intervenientes da transição vivenciada, o estabelecimento de planos de reabilitação funcional sensório-motora e reabilitação funcional respiratória e a

¹⁰ Meleis (2010) refere que os conceitos de transição e vulnerabilidade encontram-se intimamente relacionados, sendo a transição definida como a passagem de uma fase, condição ou estado de vida. A vulnerabilidade é definida como a pré-disposição ou suscetibilidade da pessoa perante um novo episódio da sua vida e é constatada pela compreensão e comportamentos da pessoa durante a resolução de uma transição. Entre estes dois conceitos, existem interações e condicionalismos multidimensionais que expõem a pessoa a potenciais riscos, conduzindo processos de coping prolongados e pouco eficazes, traduzindo uma incapacidade na resolução favorável da transição.

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

avaliação dos programas de reabilitação estabelecidos. Considerou crucial durante todo o processo, a seleção de estratégias e prioridades a desenvolver, a execução e avaliação dos planos de reabilitação estabelecidos. Procurou documentar os cuidados de EEER, através de planos de cuidados, utilizando os diagnósticos CIPE (realidade dos ensinos clínicos em contexto hospitalar) e utilizando as necessidades fundamentais do ser humano em meio comunitário (à semelhança das realidades de registo observadas nos diferentes ensinos clínicos). Para a análise de dados, utilizou diferentes escalas e instrumentos de avaliação.

Com o intuito de documentar os resultados obtidos, com base na evidência científica, numa primeira etapa de documentação, recorreu a diferentes estudos científicos na base de dados EBSCO. Partindo dos termos indexados: *intensive care units*, *acquired muscle weakness*, *polyneuropathies*, com os limites de *full text* e data de publicação de 2004-2014, obteve 25 artigos, dos quais utilizou aqueles com particular interesse para a temática. Numa segunda etapa, recorreu à pesquisa *online* nas bases de dados *Pubmed* e Google académico de diferentes artigos científicos e á consulta de diferentes livros científicos das diferentes temáticas abordadas neste trabalho.

Na última etapa deste processo formativo, após o reingresso no 7ºCMER, com o objetivo de sedimentar conteúdos formativos e atualizar as práticas de intervenção do EER, realizou uma *scoping review* sobre a temática da alteração da mobilidade do doente crítico (apêndice V). Para a sua realização, recorreu á pesquisa bibliográfica metódica e transversal a todo o processo de aprendizagem, suportada em livros e artigos científicos, através do motor de busca Google, com recurso a bibliotecas de referência e da base de dados EBSCO host, selecionando diferentes bases de dados como a CINHAl plus com full text, MEDLINE com full text, COCHRANE e SCIELO. Os termos de pesquisa utilizados foram: *critical care*, *critical illness*, *intensive care units*, *muscle weakness* e *polyneuropathies*. Os artigos selecionados foram aqueles que sustentaram a importância da temática em estudo.

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

1.1. Descrição de atividades segundo os objetivos delineados

Nos contextos de ensino clínico, a primeira intervenção passou pela colheita de dados através da avaliação global do doente, conhecimento das limitações funcionais, força de vontade da pessoa e sentimentos vividos no processo saúde/doença, dinâmica familiar, condições socioeconómicas, entre outras.

No contexto hospitalar, durante a prestação de cuidados especializados, nas valências de cuidados intensivos, cuidados intermédios e enfermaria, a avaliação do doente incluiu a neuroavaliação (avaliação do estado de consciência, orientação, memória, atenção e compreensão, avaliação dos pares cranianos, coordenação de movimentos e equilíbrio corporal, sensibilidade e postura corporal), avaliação da força muscular, tônus muscular, amplitude articular, deglutição, linguagem, função respiratória, eliminação vesical e intestinal e integridade cutânea. Juntamente, com as necessidades identificadas e avaliadas, no momento da avaliação inicial, foram incluídos os antecedentes pessoais, recursos sócio-familiares, condições habitacionais e situação da doença atual.

Verificou que, no meio hospitalar toda a intervenção direciona-se para a fase aguda da doença, minimizando as limitações impostas pela nova situação de doença, capacitando a pessoa/família, face a uma nova alteração de vida. No contexto comunitário, a sua intervenção foi mais vasta, inserida num meio familiar e comunitário, com condicionalismos físicos e humanos (verificou que neste contexto as condições familiares, socioeconómicas, habitacionais e comunitárias são largamente exploradas, colmatadas ou então contornadas!). Em ambos os contextos, considerou, para a gestão favorável da transição vivenciada pela pessoa/família, a observação e utilização de recursos sócio-económicos, como a orientação na utilização de produtos de apoio e ajudas técnicas, e apoio psicológico ao familiar/cuidador.

Com o objetivo de evidenciar a prática especializada de enfermagem em reabilitação, utilizou diferentes instrumentos de medida de avaliação, que permitiram demonstrar os ganhos em saúde, sensíveis à prática especializada do EER. Verificou que a sua utilização, quantifica as limitações/incapacidades impostas pelas sequelas da doença, e direciona a prática de EER na obtenção de ganhos em saúde. Recorreu

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

assim, a diferentes escalas de avaliação como, a escala de Lower para avaliação da força muscular, escala de Ashworth modificada para a avaliação do tônus muscular, escala de Braden para a avaliação do risco de úlcera de pressão, escala de Barthel e MIF18 para a avaliação da dependência física. Em contexto comunitário, para além das escalas mencionadas, utiliza a escala de NIHSS no doente com AVC, na avaliação inicial da pessoa. A sua utilização demonstrou ser de extrema importância para a obtenção de indicadores de saúde, pois, a partir de um plano de intervenção elaborado para o doente/família, foi possível identificar novas necessidades de intervenção, demonstrar os ganhos de saúde e contribuir para a resolução favorável da transição vivenciada.

Nos ensinos clínicos todos as intervenções efetuadas foram registadas em paralelo na plataforma informática existente (SAPE/SClínico) com recurso à linguagem CIPE (já anteriormente focada), em planos de cuidados desenvolvidos (apêndice II) e jornais de aprendizagem (apêndice III). Como condicionalismo verificou que, as plataformas informáticas SAPE e SClínico apresentam, a limitação de não possibilitarem uma descrição correta e pormenorizada da intervenção especializada de enfermagem de reabilitação comprometendo a continuidade dos cuidados estabelecidos.

1.1.2. Contexto hospitalar: Atividades Desenvolvidas

1.1.2.1. Objetivo: Desenvolver competências de enfermagem especializada em Reabilitação no domínio da prestação de cuidados especializados, que visem dar resposta às necessidades da pessoa, sua família/cuidador, tendo em conta a individualidade e complexidade do ser humano

Em contexto hospitalar teve a oportunidade de adquirir competências de EER em três etapas diferentes de situação aguda de doença. O serviço onde estagiou engloba três valências de prestação de cuidados ao doente neurocirúrgico: enfermaria, unidade de cuidados intermédios e unidade de cuidados intensivos. O seu intuito seria permanecer maior tempo na prestação de cuidados como EER ao doente neurocirúrgico crítico, mas por condicionalismos exteriores, a sua intervenção acabou por ser equitativa nas diferentes valências, o que demonstrou ser bastante

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

enriquecedor e gratificante na sua aprendizagem e aquisição de competências como EER.

Durante todo o percurso formativo, teve por base, a promoção de uma prática profissional, ética e segura baseada nos princípios éticos e deontológicos da sua profissão colaborando na prestação de cuidados seguros, adequados e atempados, respeitando a individualidade da pessoa/família em todo o processo de reabilitação.

A primeira etapa a atingir seria a integração no serviço a estagiar, através do conhecimento das estruturas e recursos físicos existentes, e conhecimento dos diferentes elementos da equipa multidisciplinar nos diferentes campos de estágio. A primeira preocupação centrou-se no conhecimento da organização e dinâmica dos diferentes locais de ensino clínico, bem como, o conhecimento da metodologia de trabalho desenvolvida e a prática de prestação de cuidados do EER.

Tendo por base as competências comuns do enfermeiro especialista, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010a, pág. 7), no domínio da melhoria da qualidade, o enfermeiro especialista - “concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade, cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” e as competências específicas do EER (Ordem dos enfermeiros, 2010b, pág. 2) - “Cuida de pessoas com necessidades especiais (...) em todos os contextos da prática de cuidados; Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade ou restrição da participação (...); Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa, a sua intervenção incidiu em diferentes ações, procurando adquirir as competências específicas do EER, referidas pela ordem dos enfermeiros: cuidar, capacitar e maximizar.

A primeira etapa de intervenção passou pela avaliação/observação global da pessoa/família, inseridos no contexto hospitalar, referente á fase aguda da doença, definindo indicadores de incapacidades/limitações impostas pela doença. Para tal, recorreu a diferentes escalas de avaliação (referidas anteriormente). O passo seguinte passou pela elaboração de planos de cuidados, execução das intervenções planeadas e avaliação do programa de reabilitação estabelecido (apêndice II).

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

Durante todo o processo formativo, realizou momentos de reflexão e análise crítica da sua intervenção como EER, reconhecendo os fatores facilitadores e/ou limitadores de todo o processo de aprendizagem, de aquisição de competências na área de especialização de enfermagem de reabilitação, com o intuito de adquirir crescente autonomia, eficácia e eficiência na prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação (apêndice III).

No doente internado na unidade de cuidados intermédios e unidade de cuidados intensivos, a sua intervenção como EER esteve dirigida para a maximização da função corporal e capacitação da pessoa/família. Na etapa inicial, de instalação da doença e consequentes limitações impostas por esta, teve como objetivo imediato, reduzir as complicações que poderiam surgir pela imobilidade, farmacoterapia (sedação), nutrição artificial e doença aguda (através do estabelecimento de programas de reabilitação funcional motora que incluíram, o ajuste de sedação para o aumento da consciência aos estímulos exteriores, mobilizações passivas para manutenção da amplitude articular e estimulação sensório-motora, através da proprioceptidade e contração muscular).

Na avaliação inicial da pessoa incluiu a avaliação neurológica do doente recorrendo à escala de Glasgow para a avaliação da consciência, orientação, memória e compreensão, avaliação dos pares cranianos, linguagem, deglutição, força e tônus muscular (com recurso às escalas de Lower e Ashworth modificada), avaliação dos restantes sistemas de função, não descurando a observação e avaliação hemodinâmica do doente.

1.1.2.2. Objetivo: Desenvolver competências comuns e específicas para a prática de enfermagem especializada em reabilitação, no que respeita à prestação de cuidados à pessoa com necessidades na área sensório-motora, tendo em conta as componentes técnica, científica e relacional

Mais de 90% dos doentes internados numa UCI, em oposição da ausência de limitação na mobilidade articular, desenvolvem alterações da força muscular que se encontram entre situações ligeiras a quadros graves de fraqueza generalizada, cujo

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

impacto seria o aparecimento de 80% de dependência total para os autocuidados¹¹ em doentes internados numa UCI. (Mendes & Chaves, 2012)

No doente crítico, na maior parte das situações iniciais e agudas da doença um dos recursos utilizados para conferir estabilidade ao doente é a sedação, esta quando utilizada altera a resposta da pessoa aos estímulos externos, obrigatoriamente a função do SARA é alterada, não sendo possível à pessoa regular o ciclo sono-vigília. (Monteiro et al., 2013).

Os autores, citando Giacino et al. (2009), referem que o que distingue o coma de outros estados alterados de consciência, é a contínua ausência de abertura ocular espontânea ou estimulada, não existindo sinais de fixação visual ou procura mesmo após abertura ocular manual. Segundo o autor, o coma pode-se distinguir e classificar em diferentes graus de gravidade, sendo ligeiro/leve pela incapacidade de contacto visual e a função motora restringir-se á defesa aquando de um estímulo doloroso; no coma profundo não ocorre o contacto visual, e quando realizados estímulos externos intensos a pessoa, só responde com movimentos reflexos, como por exemplo, uma taquipneia e postura de descorticação ou descerebração. Citando Erazo & Pires (1987), o mesmo autor menciona ainda que o coma moderado, é descrito como um intermédio entre os estados de coma profundo e ligeiro. O coma induzido por substâncias medicamentosas é, de imediato reversível pela sua ação direta sobre o sistema nervoso central (SNC) e núcleos do tronco encefálico, incluindo o SARA e o córtex cerebral, assim, cessando ou diminuindo esta ação, a pessoa retoma a consciência do meio em redor.

A estimulação multissensorial (EM), como recurso terapêutico através de estímulos auditivos, olfativos, gustativos, visuais, táteis e vestibulares, surge como uma proposta para favorecer o processamento de informação sensorial através do SARA. Citando Oh e Seo (2003) a EM deve ser realizada num tempo superior a dois meses, e após 2 semanas é possível observar os efeitos benéficos desta intervenção,

¹¹ Petronilho (2012) refere o autocuidado como a perceção, a capacidade e os comportamentos da pessoa em realizar intervenções destinadas para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e gestão da doença. Este demonstra ser um resultado sensível á prática de enfermagem, com impacto positivo na promoção da saúde e bem-estar da pessoa e sua família, aumentando o seu reportório de conhecimento e habilidades.

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

apoiando as sugestões de Wood (1991) e Gerber (2005), as autoras expressam ainda que os procedimentos apresentados devem possuir um controlo na intensidade, frequência e apresentação de estímulos, de modo a favorecer o processamento e controlo do SARA. (Cabral et al., 2008)

A estimulação auditiva poderá ser o primeiro estímulo a oferecer à pessoa, pois permite a orientação de todos os passos do programa, citando Müller et al (2002), a estimulação propriocetiva facilita os processamentos de informações que se encontram prejudicadas nos doentes em coma, causando benefícios na percepção cinética e induz a plasticidade cerebral. Citando Chen (1998) diferentes odores podem acordar recordações da memória e percepção de outras pessoas, sendo os odores processados por dois caminhos um discriminativo e dependente da consciência e outro intuitivo, experiência do sensorial. (Cabral et al., 2008)

Tendo por base a EM e os diferentes graus de coma, verifica que os cinco sentidos apresentam-se como as vias passíveis de estimulação da pessoa em coma, reabilitando a mesma e diminuindo as sequelas no período após coma. Como por exemplo, o Sr. F. aquando do estímulo verbal, realiza movimentos oculares, sem abertura espontânea dos olhos (no momento, estava sedado e analgesiado). Procedeu-se á diminuição da sedação com indicação médica e é realizada abertura manual dos olhos. O Sr. F. realiza movimentos oculares, observando o que o rodeia e encara o observador. No final do programa de reabilitação sensório-motor, mantém abertura espontânea dos olhos, comportamento tranquilo, tentando comunicar com o meio que o rodeia.

Assim, a sua intervenção de EER, perante o doente crítico com sedação ou défice de interação, passou pela importância do enriquecimento ambiental e estímulos oferecidos. Tornou-se essencial procurar junto da família, informação do doente, que demonstra-se ser benéfica na atribuição de estímulos corretos, para um plano de intervenção eficiente.

Kovesdi et al. (2011) mencionam que a exposição a um ambiente enriquecido aumenta a neurogénese no hipocampo e contribui para a recuperação funcional após lesão. Com base no descrito por Puggina (2006), a audição demonstra ser o último

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

sentido a se perder, e as nossas percepções não são mais, do que construções internas, resultado de regras inatas e limites impostos pelo SNC. A percepção e atenção estão intimamente relacionados, onde os estímulos potencialmente mais significativos para a pessoa, tendem a ser processados com maior minúcia.

Perante o doente crítico, com défice de interação com o meio, baseou-se também no estabelecimento de um programa de reabilitação sensório-motor que abarcasse a individualidade e preferências da pessoa.

Um dos exemplos de ensino clínico, após ter conhecimento da música preferida pelo Sr.C, efetuou o pedido á família da possibilidade de obter um MP4 com as músicas preferidas do doente. Diariamente, o Sr.C. ouvia as suas músicas preferidas e era observado um aumento dos seus valores tensionais. Outro momento de estimulação da consciência passou por ter conhecimento de um sabor preferido do doente. Através dos familiares percebeu que o Sr.C. adorava beber café. Para oferecer um novo estímulo, escolheu então o paladar do café e diariamente colocava umas gotas deste sobre a sua língua, observando que o sr. C. não efetuava qualquer resposta!

Para que toda a informação externa não se apresentasse excessiva e de uma forma desorganizada, elaborou mentalmente um esquema de procedimentos de intensidade, frequência e forma de apresentação dos estímulos. Estabeleceu um programa de estimulação cognitiva, primeiramente através da comunicação ao doente, da sua identificação, sua função e intervenções a realizar, orientação espaciotemporal, estimulação táctil e propriocetiva através de mobilizações passivas em todos os segmentos articulares do corpo (repetidos 7 vezes/cada segmento), no caso de coma ligeiro.

Cabral et al. (2008) referem que a estimulação de uma forma controlada sobre o SARA pode facilitar a função dos neurónios reticulares lesados, sendo este responsável pelo estado de alerta, percepção e regulação da informação sensorial. Os autores, referem que não existe uma ordem correta de apresentação de estímulos, estes devem sim, ser apresentados de uma forma organizada e lenta, permitindo à pessoa o tempo necessário para captar o estímulo e responder adequadamente. Uma

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

forma segura de apresentação de diferentes estímulos deverá ser primeiramente unimodal e após multimodal, assegurando que não existe uma estimulação intensa, que não desorganize as respostas e o estado geral da pessoa, e que ocorre a resposta significativa do nível de consciência.

A presença de estímulos por parte dos familiares mostrou-se de extrema importância no seu processo de aprendizagem encorajando a relação do doente crítico e sua família. Tendo em mente que a família demonstra ser um agente redutor de *stress* na pessoa, que vivencia toda uma situação de criticidade, o seu enfoque de intervenção, incidiu sobre o toque e a comunicação verbal entre família/doente, com a particular atenção de não ser transmitido ao doente, por parte de familiares, informação geradora de *stress*, assegurando a não inferência de qualquer tipo de suscetibilidade/instabilidade no doente e sua família, pela alteração do estado de consciência deste.

Sendo a estimulação neurosensorial uma das primeiras abordagens ao doente crítico a sua intervenção no cuidar especializado em enfermagem de reabilitação incidiu também na recuperação sensório-motora do doente. Appleton et al. (2012) menciona que os fatores de risco para o desenvolvimento de alterações neuromusculares adquiridas numa UCI são inúmeras, apresentando-se o repouso no leito e a inatividade, fatores alarmantes no cuidado ao doente crítico. Estes contribuem para a diminuição da força muscular, diminuição na coordenação, balanço e funcionalidade associando a estas (quando o doente se encontra consciente) comportamentos e sentimentos de tristeza e revolta por incapacidade/limitação imposta pela doença.

Mendes & Chaves (2012) referem ainda que a perda de mobilidade no doente crítico é um dos problemas mais incapacitantes após a alta de uma UCI, no qual estes doentes necessitam de mais de um ano para recuperar a mobilidade e funcionalidade anterior ao internamento.

1.1.2.3. Objetivo: Desenvolver estratégias para a elaboração e implementação de planos de intervenção especializados em reabilitação, de forma a assegurar a

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

manutenção das capacidades funcionais da pessoa, através da promoção da mobilidade

Embora a etiologia da fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos seja multifatorial, Li et al. (2013), referem que a imobilidade prolongada e o repouso no leito desempenham um importante papel na aquisição desta limitação muscular, citando Berg, Larsson & Tesch (1997), estudos experimentais demonstram que em pessoas saudáveis ocorre a perda de massa muscular de 4 a 5 % por sete dias de repouso no leito. Na maioria das vezes, a imobilidade no leito do doente ventilado associado á criticidade da doença e sedação para uma correta ventilação, levará a uma diminuição da força muscular. Os benefícios de uma intervenção mais efetiva e segura nos doentes ventilados, passa uma terapia de mobilização destes doentes mais ativa. No seu estudo referem, que deste modo, ocorrerá um maior efeito da reabilitação na capacidade funcional da pessoa com redução de limitações e incapacidades no futuro. Cada vez mais a existência de protocolos de mobilização no doente crítico deverão ser utilizados o mais cedo possível.

Com base na maximização das funções corporais e capacitação da pessoa internada em cuidados intensivos, foram diversas as suas intervenções como EER, de modo a contornar as limitações impostas pela doença. A sua intervenção baseada em programas de reeducação funcional respiratória (RFR) incluíram a observação de Rx tórax ou outros meios auxiliares de diagnósticos disponíveis, auscultação pulmonar (inicial e final), intervenções de RFR e cinesiterapia respiratória consoante a situação existente. O seu objetivo major seria a redução da utilização de ventilação mecânica artificial e maior capacitação da pessoa, maximização da autonomia e crescente qualidade de vida da pessoa no âmbito da ventilação, respiração e *toilette* das vias aéreas.

Como por exemplo, o Sr F. encontrava-se no segundo dia de internamento nos cuidados intensivos por pós-operatório de risco, tendo realizado colecistectomia por laparotomia, apresentava ainda o tubo endotraqueal, parâmetros ventilatórios baixos (em PA, PS=10, Peep=5), encontrando-se consciente e orientado (escala de Glasgow=15), colaborante em todas as ordens solicitadas. Verificou-se com a

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

gasimetria arterial, $\text{PaCO}_2=37\text{mmHg}$, $\text{PaO}_2=150\text{mmHg}$, $\text{Ph}=7,35$ e após validação com equipa médica é colocado em tubo em T. Em respiração espontânea, por tubo em T, apresentou boa expansão torácica, realizando volumes inspiratórios de 1250ml (na inspirometria de incentivo). É realizado teste de 1h, em tubo em T, com sucesso e após indicação clínica é retirado tubo endotraqueal. Após, procedeu ao ensino de posição de conforto em semi-fowler, tolerância ao esforço e reeducação funcional respiratória que incluiu: dissociação de tempos respiratórios, ensino de tosse dirigida e ensino de tosse com contensão de ferida cirúrgica. No dia seguinte, foi possível reduzir o aporte de oxigénio de 40% para 31%; na inspirometria de incentivo, realiza volumes inspiratórios de 1500-1750 ml e volumes expiratórios de 1000 ml, e acesso de tosse com contensão da ferida operatória eficaz. Na auscultação pulmonar não se identificou ruídos adventícios e o murmúrio vesicular esteve mantido em todos os segmentos pulmonares. Na imagem de Rx Tórax visualizou-se ambos os seios costofrénicos e sem visualização de hipotransparência.

A sua intervenção na implementação de programas de reeducação funcional motora no doente crítico, inicialmente incidiu em mobilizações passivas em todos os segmentos do corpo (se assim não existisse nenhuma contraindicação), no doente sedado, sem qualquer resposta ao estímulo externo, passando por mobilizações ativas-assistidas, a mobilizações ativas-resistidas, consoante a atenção, compreensão e colaboração do doente. O passo seguinte para atenuar as alterações neuromusculares impostas pela doença foi o exercício de ponte no leito, o sentar no leito, treino de equilíbrio sentado estático e dinâmico, transferência para cadeirão e treino de marcha, treino de equilíbrio ortostático estático e dinâmico, ensino de estratégias para os autocuidados e aumento gradual de autonomia para as atividades diárias de vida (AVDs).

Como exemplo, o Sr. C, apresentava força grau 4/5 (segundo escala de Lower), já tinha efetuado levante para cadeirão durante dois dias, após verificar a sua vontade em deambular, realizou treino de marcha de 6 passos em redor do leito. O Sr. C. tolerou o treino e verbaliza a necessidade de caminhar um pouco mais. Após combinar com o enfermeiro orientador um treino de marcha mais intenso, conferiu todos os procedimentos de segurança da intervenção a realizar. Após ajuste de dispositivos

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

médicos (LA, CVC, algália) procedeu á obtenção de oxigenoterapia portátil, em bala de oxigénio, e efetuou treino de marcha de 6 m, com apoio de cadeira de rodas (para períodos de descanso do Sr. C. sentado), e apoio bilateral de 2 pessoas durante a marcha. O Sr. C deambulou até á entrada do serviço e foi possível observar o Sol pela janela do corredor. O regresso foi efetuado sentado na cadeira de rodas. No final o Sr. C. agradeceu e verbalizou a felicidade de ter caminhado e de ter observado o sol!

Todas as suas intervenções foram descritas na plataforma informática SAPE/SClínico, no entanto, considera que esta não permitiu expressar na totalidade, a nomenclatura inerente aos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação (ER), exprimir com objetividade as avaliações de ER realizadas, o planeamento de cuidados levantados, bem como, a complexidade e abrangência das intervenções de ER estabelecidas. Isto porque, ao utilizar a linguagem CIPE e a parametrização de cada instituição, muitos termos, intervenções e resultados de ER não constavam neste programa, dificultando os registos de toda a atuação especializada do ER e ganhos em saúde obtidos.

Ao longo de todo este percurso formativo, através da intervenção especializada do EER, verificou, de um modo bastante gratificante, as palavras mencionadas pelos autores, Appleton et al. (2012), todas as intervenções de reabilitação demonstram ganhos em saúde inferindo a redução no tempo de ventilação mecânica, redução do tempo de internamento numa UCI e hospitalização, aumentando gradualmente a funcionalidade e autonomia da pessoa e consequentemente a melhoria da qualidade de vida da pessoa/família.

Kress et al. (2014) expressa ainda que a reabilitação do doente crítico deve iniciar-se na UCI e continuar até ao domicílio. O acompanhamento do doente crítico até ao momento da alta hospitalar ajuda a reduzir a sobrecarga para o doente/família oferecendo a estes estratégias para o autocuidado e autonomia.

Desde modo, a sua intervenção como EER passou pela minimização das incapacidades inferidas pela doença, capacitação da pessoa e maximização da funcionalidade permitindo fornecer á pessoa/família, as estratégias facilitadoras para vivenciar favoravelmente, a transição saúde/doença, que um internamento hospitalar

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

infe. A sua intervenção como agente facilitador de resolução de uma transição passou por oferecer á pessoa a percepção, o conhecimento e a consciencialização de mudanças na sua vida quotidiana que deste processo de doença adveio, fornecendo estratégias de capacitação da pessoa e maximização da funcionalidade conferindo qualidade de vida com as limitações que surgiram.

Como por exemplo, o Sr. C. pela neuropatia desenvolvida nos cuidados intensivos realizou traqueostomia provisória. Ao verificar a nova situação de doença, o Sr. C. fica apreensivo e bastante reservado. No entanto, ao longo do tempo adquire um comportamento irritativo e intolerante, quando o seu discurso não é percebido pelos diferentes profissionais de saúde. Durante as sessões de reeducação funcional respiratória e sensório-motora, verificou que a causa de ansiedade e irritabilidade do Sr. C., são relativas á dificuldade na comunicação, desde que fora traqueotomizado. Para facilitar e ultrapassar a barreira da comunicação verbal, realizou uma tabela com as letras do alfabeto e com os números. Com a sua utilização, o Sr. C. conseguiu formar palavras e frases e comunicar com os diferentes profissionais, sem surgirem situações de *stress*. Ao longo do tempo, verificou que o Sr. C., recorre naturalmente á tabela, ultrapassando as dificuldades de comunicação verbal.

Meleis (2010) refere que o uso de componentes multidimensionais de análise de uma transição ajudam a desenvolver o conhecimento sobre esta, podendo estas serem usadas a partir de uma sequência ou não. A palavra transição, que deriva do latim *transire* significa uma “passagem”, segundo a autora na sua teoria de médio alcance, uma transição é a passagem de uma fase da vida, estado ou condição para outra, sendo influenciada por elementos como o processo, tempo e percepção. A resolução favorável de uma transição implica que a pessoa atingiu um período de grande estabilidade relativamente a tudo o que ultrapassou. Nas transições saúde/doença, a pessoa experimenta uma passagem de um período de bem-estar repleto de saúde para um estado de doença que destabiliza a pessoa, gerando sentimentos de inadequação perante uma nova situação. As transições apresentam diferentes tipos de propriedades que poderão ou não, estar todas elas presentes permitindo á pessoa a resolução favorável de uma transição. São elas a consciência, o compromisso, a mudança, o intervalo de tempo e eventos críticos.

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

Tendo por base as condições pessoais, sociais e comunitárias da pessoa, como condições facilitadoras ou inibitórias para a resolução saudável de uma transição, a sua intervenção, incidiu na observação atenta de padrões de resposta favoráveis para a resolução saudável da transição, como a procura de apoio na família/amigos e profissionais de saúde, a interação da pessoa em todo o processo de transição procurando o desfecho favorável de toda esta situação de doença, o desenvolvimento de confiança e adaptação de todo o processo transicional.

Como por exemplo, o Sr.C. teve um internamento prolongado na unidade de cuidados intensivos. Verificou que a sua esposa esteve sempre presente, todos os dias do internamento, demonstrando sentimentos de confiança, força interior e suporte ao Sr.C., perante este novo processo de saúde/doença. Juntamente com a esposa e o Sr.C., procurou obter estratégias de superação do processo transicional e verificou que a leitura e escrita de poemas são um mecanismo de escape do Sr.C. Em conjunto com a esposa, ficou estabelecido diariamente, um período de leitura e escrita, (eram assim trabalhados os movimentos finos e de preensão da mão direita, através da escrita). Inicialmente, foi facultado uma placa em acrílico com um marcador, que facilitava os movimentos de escrita; ao longo do internamento, verificou que o Sr.C, readquiriu a capacidade de escrita, sendo possível utilizar uma folha e caneta, como anteriormente.

Durante o ensino clínico no serviço de neurocirurgia, tomou conhecimento da utilização da massagem terapêutica e aplicação de bandas neuromusculares (BNM) para o controlo da dor articular/muscular. Surgiu então, o interesse em explorar o uso das BNM e a intervenção do EER na diminuição da dor, aumento de conforto à pessoa com alterações osteoarticulares. Considerou importante incluir como atividade de ensino clínico, o conhecimento da utilização de bandas neuromusculares e benefícios da sua aplicação. Para tal, realiza uma formação avançada de massagem terapêutica e aplicação de bandas neuromusculares. (anexo I)

Com a realização desta formação adquiriu conhecimentos na massagem terapêutica, massagem de relaxamento e drenagem linfática, através das técnicas de compressão, amassamento, fricção, vibração, percussão, entre outras; e o

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

conhecimento da técnica de aplicação das bandas neuromusculares, nas diferentes técnicas de aplicação muscular e articular.

A utilização da banda neuromuscular surge em primeiro lugar nos anos setenta na ásia por Kenso Kase com base nos princípios da cinesiologia¹² e quiropraxia,¹³ onde o movimento e a atividade muscular são imprescindíveis para a restauração da saúde. Na Europa, o seu conceito surge nos anos noventa, através da prática clínica por fisioterapeutas. A utilização destas tiras adesivas têm diferentes propriedades como biomecânica, proprioceptiva, neuroreflexa, analgésica e circulatória. A sua ação biomecânica permite a componente de deslizamento das fibras musculares, favorecendo um eixo de movimento muscular mais funcional, melhora o alinhamento articular e induz um padrão de movimento mais facilitado. A ação proprioceptiva surge, quando o movimento estimula os mecano-receptores, alterando a informação da posição da articulação, produzindo um aumento e reforço dos estímulos aferentes para a contração da musculatura antagonista protetora. A capacidade neuroreflexa provém da estimulação do dermatomo, através do segmento medular correspondente da sua aplicação. A sua ação analgésica prende-se pela ativação e sensibilização dos nociceptores, e por último, a sua propriedade circulatória é inferida pela ativação da circulação na região de aplicação da banda neuromuscular (BNM). (Moya, Rodriguez, Gordo & Zuilen, 2009)

A aplicação de bandas neuromusculares tornou-se popular no ocidente, nos últimos 10 anos pela sua divulgação nos jogos olímpicos. As fitas apresentam elevada capacidade elástica, onde a sua aplicação permite a correção da função muscular por fortalecer os músculos, apresenta-se como estímulo cutâneo que facilita ou limita o movimento, a redução do edema, a correção articular por redução de espasmos musculares e redução da dor. Para além de afeções ortopédicas, o seu uso também é observado na pessoa com AVC (na hemiplegia por exemplo), paralisia cerebral, esclerose múltipla e períodos pós-operatórios. Trata-se de uma técnica bastante

¹² A cinesiologia trata-se do estudo mecânico dos movimentos do corpo humano. (Dicionário Priberam, 2017)

¹³ A quiropraxia é o método de tratamento de algumas doenças através da manipulação de vertebrae ou outras partes do corpo (Dicionário Priberam, 2017)

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

utilizada, embora a sua ação não seja completamente compreendida e a evidência científica limitada. (Artioli & Bertolini, 2014)

Sentiu assim, a necessidade de efetuar pesquisa científica da temática, recorreu às bases de dados EBSCO HOST, PUBMED e Google académico, com recurso aos termos indexados: *kinesiotaping* e bandas neuromusculares. Verificou que existem muitos estudos científicos que comprovam a eficácia da utilização das BNM, através da diminuição da dor, aumento do conforto osteoarticular e regressão de limitações osteo-musculares, no entanto, muitas dúvidas da sua efetividade ainda existem e muitos estudos científicos ainda são necessários para comprovar a sua evidência científica.

Ao longo do ensino clínico de neurocirurgia, não teve a oportunidade de efetivar a aplicação das bandas, no entanto, teve a seu cuidado, dois doentes que apresentavam esta aplicação. O Sr. R, para alívio de dor lombar (pela presença de hérnia discal lombar, não tendo ainda realizado cirurgia) e a Sra. A. para alívio de dor ciática. Ambos referem diminuição de dor e aumento de qualidade de vida, desde o início da aplicação da banda neuromuscular e massagem terapêutica.

Durante este ensino clínico, teve a oportunidade de pôr em prática a massagem de drenagem linfática, nos doentes com edema, verificando a sua efetividade. O Sr. F. estava internado na unidade de cuidados intensivos, apresentando edema acentuado dos membros superiores, verifica a necessidade de realizar massagem de drenagem linfática e após discussão com a enfermeira orientadora, estipula no programa de reabilitação, a realização de massagem de drenagem diária. Após o terceiro dia consecutivo de massagem de drenagem linfática, verifica a redução do perímetro de ambos os membros superiores.

Durante o ensino clínico nos cuidados intensivos polivalente, inserido no 7ºCMER, teve a oportunidade de utilizar a aplicação das bandas neuromusculares para o estímulo da proprioceptividade do diafragma (numa fase de desmame ventilatório, no doente com ventilação invasiva ou em tubo em T), para drenagem linfática, diminuição de edema e prevenção do pé equino.

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

Durante este ensino clínico, teve a oportunidade de aprofundar o seu conhecimento científico sobre a temática da alteração da mobilidade no doente crítico. Realizou então, conforme proposto no plano de atividades do ano letivo 2016/2017 (apêndice IV), uma scoping review da temática (apêndice V) e um estudo de caso (apêndice VI) que expressam a intervenção do EER no doente crítico com alteração da mobilidade e os ganhos funcionais do doente, com a utilização de programas de mobilização precoce.

Delineou também como atividades, no plano de atividades acima referido, a realização de um artigo em revista e uma comunicação livre na APER, que não foi possível, elaborou então, um póster científico (apêndice VII).

Como proposto, no plano de atividades, realizou também entrevistas em ambos os locais de ensino clínico, inseridos no 5ºCMER, com o objetivo de verificar a atualização de práticas do EER no serviço de neurocirurgia e ECCI. Verificou que, em contexto hospitalar, surge um programa estimulação cognitiva no doente em coma, verificando a equipa de reabilitação, uma melhoria substancial na recuperação funcional dos doentes. Na ECCI, verificou que a aposta mantém-se na prevenção da doença, através de programas de ensino/formação da/para a população idosa e de risco, onde a intervenção de reabilitação é partilhada pelo EER e fisioterapeuta, não ocorrendo nenhuma alteração na dinâmica da equipa desde o ano anterior.

Foi também proposto em plano de atividades, assistir a dois eventos científicos, como as primeiras jornadas dos EER do [REDACTED] e o congresso internacional de enfermagem de reabilitação da APER. Considerou que a sua realização permitiu um aumento de conhecimentos técnico-científicos, constatando várias realidades de intervenção do EER. Considerou que a realização do *workshop* da auscultação pulmonar e interpretação radiológica do tórax foi uma mais-valia, na aquisição de conhecimentos para a intervenção especializada de EER em programas de reabilitação respiratória.

Outra actividade estabelecida em plano de atividades seria a realização de uma entrevista aos elementos da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, de modo a conhecer a filosofia e intervenção desta organização perante a área de

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

especialização de enfermagem de reabilitação. Por dificuldade no estabelecimento de uma data de entrevista acabou por não ser possível efetivar a sua realização.

Durante as cinco semanas de ensino clínico, inseridas no plano formativo do 7ºCMER, foi possível também, a observação e atualização das intervenções do EER, ao doente crítico/família, através da prática. Verificou que este ensino clínico sedimentou as competências comuns e específicas do EER, adquiridas no ano letivo anterior.

Segundo Li et al. (2013), com a evolução técnico-científica na intervenção dos cuidados intensivos, observa-se um aumento crescente da taxa de sobrevivência do doente crítico induzindo um conjunto de limitações físicas e psicológicas, fruto do internamento da pessoa neste tipo de unidades, citando Jonghe, Sharshar & Lefaucheur (2002), a diminuição da força muscular ocorre em 25% dos doentes internados numa UCI que estiveram submetidos a ventilação mecânica mais de sete dias. Esta diminuição da força muscular atinge toda a musculatura humana incluindo o diafragma e acaba por prolongar o tempo de ventilação mecânica assistida, esta poderá persistir durante anos após a alta clínica e trará limitações de funcionalidade, incapacidade e influenciará todo um processo de socialização e regresso à comunidade influenciando fortemente a qualidade de vida da pessoa.

Corner & Brett (2014) referem também que a alteração da mobilidade no doente crítico, poderá influenciar e determinar a sua recuperação, bem como, as suas incapacidades no futuro. Como fator de risco para o seu desenvolvimento, encontram-se principalmente a falência multiorgânica e longos períodos de imobilidade no leito, citando Schweickert et al. (2009), os autores referem que um programa de reabilitação em unidades de cuidados intensivos o mais cedo possível é seguro, barato e eficaz permitindo ao doente crítico encontrar um resultado mais favorável na sua recuperação.

Qualquer intervenção de reabilitação não só irá minimizar ou recuperar a capacidade funcional da pessoa como irá se apresentar como estímulo nos processos cognitivos e emocionais desta. O ambiente de uma unidade de cuidados intensivos

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

incute um desafio na reabilitação da pessoa pela heterogeneidade e severidade da doença, bem como índice de mortalidade. (Parry et al., 2015)

Durante o ensino clínico inserido no 7ºCMER sentiu a necessidade de elaborar uma pesquisa de artigos científicos, que demonstrassem a evidência científica da segurança e efetividade da intervenção precoce do enfermeiro especialista em reabilitação no doente crítico.

Para a sua prática diária baseou-se nos artigos científicos dos autores Nordon-Craft et al. (2012) que descrevem um algoritmo de avaliação geral para a fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos, estratégias específicas de intervenção e progressão no programa de reabilitação do doente crítico. Baseou-se ainda nos artigos de Lippshutz et al. (2013) que descrevem um algoritmo de adequação individual e critérios de exclusão de um programa de reabilitação precoce, e de Lippshutz et al. (2012) que expressam as diferentes barreiras á reabilitação precoce no doente crítico e estratégias de superação das mesmas.

Com o objetivo de sistematização das intervenções de reabilitação e contributo para a elaboração de um protocolo de mobilização precoce nos cuidados intensivos (de acordo com os objetivos delineados pela equipa de reabilitação do [REDACTED] SCI), partilha a informação adquirida dos diferentes artigos científicos através de formação informal, com os diferentes elementos da equipa de reabilitação durante as passagens de turno.

Considerou este ensino clínico bastante enriquecedor para o seu processo formativo, pois, foram vastas as intervenções realizadas de reeducação funcional sensório-motora e reeducação funcional respiratória. Teve a oportunidade de sedimentar os seus conhecimentos teórico-práticos nas seguintes intervenções:

- Mobilizações passivas, ativas/assistidas, ativas/resistidas com recurso a faixa elástica e pesos;
- Treino de equilíbrio sentado e ortostático, estático e dinâmico;
- Levante precoce para o cadeirão;
- Transferência para cadeirão/cama;
- Exercícios de pedaleira;

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

- Treino de marcha de 6 passos em torno do leito, treino de marcha de 6 metros;
- Exercícios de reeducação funcional respiratória e cinesiterapia respiratória (dissociação de tempos respiratórios, exercícios de respiração diafragmática, com tonificação e recurso a saco de areia, exercícios de respiração costal global com bastão e costal seletiva, ciclo de técnicas respiratórias ativas, exercícios de expiração forçada, exercícios de tosse dirigida, inspirometria/expirometria de incentivo ao doente entubado orotraquealmente, com traqueostomia e apenas com aporte de oxigenoterapia, recurso a manobras acessórias, drenagem postural modificada com abertura costal, terapêutica de posição para drenagem de derrame pleural, recurso a coughassist para toilette brônquica.

De salientar que a utilização de *Cough Assist* (insuflador- exsuflador mecânico) ocorreu após consulta de diferente evidência científica, apresentação do aparelho e informação partilhada pelo delegado comercial, esclarecimento de dúvidas e supervisão do enfermeiro orientador do ensino clínico.

Desenvolveu ainda a capacidade de avaliação neurológica e sensório-motora do doente crítico, avaliação da deglutição/rastreio da disfagia; a capacidade de observação e análise de Rx tórax e auscultação pulmonar (considera, o Workshop realizado no Congresso Internacional de Reabilitação, demonstrou ser um contributo bastante positivo na aquisição de conhecimentos nesta área); a capacidade de utilização de escalas e instrumentos de avaliação como as escalas de Lower, Borg modificada, Rass, rastreio da disfagia através da escala VVST. Ao longo deste percurso formativo desenvolveu também a capacidade de transmissão de informação e continuidade dos cuidados especializados através da utilização do sistema informatizado SClínico (versão normalizada), passagem de turno ao elemento de reabilitação distribuído para o turno seguinte, transmissão de informação sobre o estado do doente aos restantes elementos da equipa multidisciplinar do SCI (médicos, enfermeiro responsável do doente), fisioterapeutas e equipa de gestão de alta.

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

1.1.3. Contexto Comunitário: Atividades Desenvolvidas

1.1.3.1. Objetivo: Desenvolver competências de enfermagem especializada em reabilitação no domínio da prestação de cuidados especializados, que visem dar resposta às necessidades da pessoa, sua família/cuidador, tendo em conta a individualidade e complexidade do ser humano

No contexto domiciliário estando inserida na equipa multidisciplinar dos cuidados continuados integrados (ECCI), de uma unidade de saúde familiar (USF), teve a oportunidade de prestar cuidados especializados a uma população na sua maioria envelhecida¹⁴. As visitas domiciliárias eram agendadas semanalmente e as suas intervenções incluíram a manutenção da integridade cutânea, promoção de um adequado estado nutricional, prevenção da imobilidade, reeducação funcional sensório-motora, reeducação funcional respiratória, orientação e obtenção de produtos de apoio, promoção do conforto e segurança no lar, capacitação crescente da pessoa nas AVDs e maximização da funcionalidade com vista à promoção da autonomia da pessoa/família inserida no lar e comunidade.

Numa fase inicial do seu trajeto formativo sentiu a necessidade de documentar-se sobre a rede de apoio dos cuidados de saúde à população inseridos no meio comunitário (rede de cuidados continuados). Para tal, recorreu a pesquisa *online* na base de dados do Google, através dos termos indexados: ECCI e rede de cuidados continuados. Recorreu também a pesquisa de documentos de normas, procedimentos e diretrizes da rede de cuidados continuados existentes no ensino clínico, com o

¹⁴ Segundo o Instituto Nacional de Estatística, nos censos em 2011, o fenómeno de duplo envelhecimento populacional é caracterizado pela redução da população jovem e aumento da população idosa, apresentando-se bastante acentuado. Em 1981, observa-se que, perto de um quarto da população pertencia ao grupo etário mais jovem (0-14 anos) e apenas 11,4% encontrava-se no grupo etário dos mais idosos (com 65 ou mais anos). Em 2011, Portugal apresenta 15% da população no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e 19% da população tem mais de 65 anos de idade. No que respeita, ao índice de dependência total, os resultados dos censos 2011, demonstram que na última década ocorre um agravamento deste em 4%, e que, o agravamento do índice de dependência total é o resultado do aumento do índice de dependência de idosos, que na última década aumentou cerca de 21%.

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

objetivo de adquirir a segurança e eficácia no cuidado especializado à pessoa em contexto domiciliário inserido na rede de cuidados continuados integrados.

Com o objetivo de desenvolver a sua capacidade reflexiva e auto-avaliativa, durante o seu percurso formativo em contexto comunitário, elaborou um jornal de aprendizagem, que expressa o crescimento cognitivo, pessoal e profissional na obtenção de competências especializadas de ER (apêndice III).

Durante este processo formativo teve a oportunidade de prestar cuidados especializados ao doente com AVC inserido num lar, família e comunidade, bem como, alargar os seus horizontes de formação constatando a realidade paliativa do EER, inserido numa comunidade. Efetuou nova pesquisa *online*, na base de dados Google académico e EBSCO HOST, utilizando os termos indexados: enfermagem de reabilitação, cuidados paliativos e AVC, bem como, recorreu a livros disponíveis na biblioteca da ESEL. Das diferentes situações vivenciadas, reconheceu a vasta intervenção do EER perante o contexto, momento e situação, refletindo a ação diversificada e atenta deste. Foram diversas as intervenções de enfermagem de reabilitação desenvolvidas de acordo com a pessoa, patologia, família, condições socioeconómicas e habitacionais, tais como estimulação sensório-motora, estimulação cognitiva, educação para a saúde, capacitação e autonomia nas diferentes AVDs.

Um dos exemplos decorreu aquando da visita domiciliária ao Sr. A.V., um utente de 66 anos de idade, que sofreu um AVC cerebeloso do qual resultou, discreta disartria, dismetria na prova dedo-nariz-dedo á direita e diminuição da sensibilidade álgica á picada no membro inferior direito (segundo informação clínica do relatório de alta). Na primeira visita, foi realizada a avaliação neurológica do Sr. A.V, com apoio e orientação da enfermeira orientadora, e estabelecido um programa de reabilitação sensório-motor que incluiu a manutenção articular dos diferentes segmentos do hemicorpo esquerdo, aumento da força muscular dos diferentes segmentos do hemicorpo direito, restabelecimento do equilíbrio ortostático dinâmico e melhoria da coordenação motora no membro superior direito (que permitisse a escrita e outras atividades lúdicas) e melhoria da qualidade de articulação das palavras. Na segunda

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

visita ao Sr. A.V. estabeleceu a entrega de um plano terapêutico personalizado, adequado às suas limitações, que foi entregue, e explicado como efetuar cada exercício. O Sr. A.V. mostrou-se bastante recetivo e colaborante. Na visita domiciliária seguinte, o Sr. A.V. referiu realizar os exercícios do plano terapêutico estabelecido, referindo aumento de resistência muscular, mostrou-se bastante confiante, agradecendo a melhoria funcional e sugeriu a possibilidade de realizar caminhadas perto da sua residência, como acontecia anteriormente!

A população abrangida pela ECCI era, na sua maioria, bastante envelhecida, apresentando limitações e incapacidades, fruto do processo de envelhecimento e existência de doença crónica como o AVC. Considerou importante explorar os conceitos de pessoa idosa e pessoa idosa com AVC, para tal, recorreu a manuais de leitura com base científica, de modo a obter as ferramentas de trabalho e bases de apoio essenciais para o cuidado especializado em ER do doente idoso com AVC inserido numa comunidade. Como exemplo, recorreu à leitura de livros da autoria de Elsa Menoita (2012), Reabilitar a pessoa idosa com AVC e Rui Ferreira (2010), AVC-itinerários clínicos. Na avaliação inicial da pessoa com AVC, para além da utilização das escalas de avaliação já mencionadas, acrescentou a escala NHISS, à semelhança da intervenção da enfermeira orientadora. Considerou a sua utilização bastante pertinente, pois esta quantifica as limitações trazidas pelo AVC, englobando o nível de consciência, avaliação de campos visuais, parésia facial, força muscular dos quatro membros, ataxia dos membros, sensibilidade, linguagem, disartria e neglect.

Ao longo do seu processo formativo, em contexto domiciliário, considerou as palavras de Menoita et al. (2012), os autores referem que a reabilitação é tida como um processo educativo, cujos objetivos incluem a recuperação funcional da pessoa e a sua reintegração no seio da família, comunidade e sociedade, obrigando a um processo dinâmico, contínuo e progressivo. Os autores, citando Kells-Hayes (2000), acrescentam que o objetivo major da reabilitação será, melhorar ou substituir a função e limitar o impacto da incapacidade, e assim obter ganhos em saúde substanciais, nas capacidades funcionais da pessoa com AVC, em função da rapidez, eficácia e especificidade dos cuidados de reabilitação.

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

1.1.3.2. Objetivo: Desenvolver estratégias para a elaboração e implementação de planos de intervenção especializados em reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais da pessoa, através da promoção da mobilidade

À semelhança do contexto hospitalar, a sua primeira abordagem incidiu numa avaliação inicial, global da pessoa/família e meio, antecedentes pessoais, história da doença atual, condições socioeconómicas e habitacionais com o objetivo do estabelecimento de um plano de cuidados individualizado e especializado em enfermagem de reabilitação. Nas suas intervenções de EER incidiu sobre a estimulação sensório-motora, reeducação funcional respiratória, reeducação funcional motora, treino de AVDs, intervenção preventiva e educacional e intervenção paliativa, elaborando planos de cuidados personalizados (apêndice II).

Na avaliação inicial da pessoa contemplou as seguintes avaliações: avaliação do estado de consciência, neuroavaliação dos pares cranianos, avaliação da força muscular, tônus muscular, sensibilidade, coordenação de movimentos, amplitude articular, deglutição/disfagia, comunicação verbal, integridade cutânea, dependência nos autocuidados e suporte familiar/comunidade. Para obter indicadores de avaliação, manteve a utilização das escalas de avaliação: escala de Glasgow, Lower, Ashworth modificada, Braden e escala de Barthel.

Após a avaliação da pessoa/família/comunidade, a sua intervenção teve como base a estimulação sensório-motora da pessoa com AVC¹⁵, procurando recuperar a função e diminuir a incapacidade baseou-se no conceito da neuroplasticidade¹⁶.

¹⁵ Segundo Menoita et al. (2012), pág. 68, a reabilitação pode favorecer a reaprendizagem motora, sendo esta um processo neurobiológico, pelo qual são modificadas as respostas motoras, melhorando o seu desempenho, como resultado do treino sistemático.

¹⁶ Segundo Haines (2006) perante uma lesão cerebral algumas pessoas conseguem recuperar capacidades funcionais ao passo que outras permanecem sem alterações. O cérebro em desenvolvimento possui a capacidade de redirecionar funções cerebrais para outras regiões do cérebro (plasticidade), no entanto, ao contrário do que acontece no sistema nervoso central da criança, no adulto este já ultrapassou períodos críticos de desenvolvimento cerebral e torna-se menos maleável. A maior parte das conexões neurais no adulto, estão estáveis e perderam muito da sua capacidade de formar novas sinapses, no entanto, existe evidência que o córtex somatossensorial pode sofrer reorganização. Verifica-se ainda que com o aumento da idade, o cérebro vai perdendo a sua capacidade de plasticidade, observando-se uma recuperação menor que uma recuperação total, no idoso, ao contrário de pacientes jovens.

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

Monteiro et. al, (2013) referem ainda, perante uma lesão neurológica, um ambiente enriquecido relacionado com a estimulação sensorial será, uma intervenção benéfica para a promoção da neurogénese e promoção da capacidade cerebral, minimizando os efeitos de uma lesão.

Um dos exemplos de ensino clínico, o Sr. S. sofreu um AVC hemorrágico do hemisfério esquerdo, apresentando como sequelas, hemianopsia homónima direita, hemiparesia á direita de predomínio espástico, diminuição da sensibilidade na hemiface direita e hemiparesia no hemicorpo direito, o programa de reabilitação sensório-motor estabelecido passou pela crescente capacitação do Sr. S., no autocuidado, nas atividades terapêuticas de rolar e ponte, no treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado, treino de equilíbrio estático na posição ortostática. Em todas as intervenções (após instrução, ensino, treino e esclarecimento de dúvidas) teve sempre presente a estimulação e participação ativa do Sr. S., bem como, o reforço positivo e envolvimento do cuidador. Ao longo das visitas domiciliárias, observou a crescente capacitação do Sr. S no rolar, sentar e transferir-se.

Durante o seu percurso formativo, o treino das atividades de vida diárias foram incluídas como prioridade nas suas intervenções, de modo a assegurar uma crescente autonomia na pessoa, a diminuição gradual de incapacidades, e o aumento crescente de sentimentos de segurança, confiança e adaptação a um novo estilo de vida. Perante o ensino de estratégias, verificou a importância da intervenção preventiva e educacional do EER, como tal, realizou um plano de exercícios para a pessoa com AVC. (apêndice VIII)

Menoita et al. (2012) refere que na prática do cuidar e orientar a pessoa/família, é essencial conhecer a pessoa no seio da sua família e comunidade, intervir e interagir com a pessoa de modo a melhorar o seu bem-estar físico e psicológico, construir com a pessoa a capacidade de comunicação, transformação e produção de conhecimentos, com base nos aspetos económicos, culturais, políticos e sociais, que rodeia cada pessoa/família/comunidade. A educação para a saúde revela ser o alicerce para a manutenção e recuperação do equilíbrio bio-físico-social da pessoa e

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

sua família, favorecendo indiscutivelmente a prevenção e promoção da saúde e o tratamento de doenças.

Ao desenvolver as suas competências na área de reeducação funcional motora e reeducação funcional respiratória, compreendeu a importância da intervenção do EER na manutenção da funcionalidade dos sistemas respiratório e músculo-esquelético, aumento do conforto e diminuição de dor/ansiedade, prevenindo complicações trazidas pela estase pulmonar e imobilidade, conferindo assim à pessoa com doença crónica e elevado grau de dependência, maior qualidade de vida.

Como exemplo, a Sra. M.J., sofreu um AVC isquémico a nível do território da artéria cerebral média à esquerda, apresentando hemiparesia direita, afasia de expressão e *neglect*. Apresentava-se totalmente dependente nos autocuidados, residia num andar de 3 assoalhadas com luz e água canalizada e, grande parte dos cuidados à Sra. M.J. eram prestados pelo seu esposo. Ambos apresentavam a idade compreendida entre os 70 e 80 anos de idade. A Sra. M.J., durante o período diurno, permanecia grande parte do tempo sentada em cadeira de rodas (após os cuidados de higiene realizados pela equipa de apoio domiciliário e era transferida para o leito após as 18h, também pela equipa de apoio domiciliário). Era alimentada pelo esposo, os posicionamentos e restantes cuidados de higiene e conforto eram assegurados pelo esposo da D. M.J.

O programa de reabilitação funcional sensório-motor estabelecido incluiu: mobilizações passivas nos diferentes segmentos articulares da cabeça, pescoço e membros, posicionamento em padrão anti-espástico, treino de equilíbrio estático sentada, transferência para cadeira de rodas/sofá, correção postural nas posições deitada e sentada, com recurso a almofadas e imobilizador abdominal. O programa funcional respiratório incluiu a realização de manobras acessórias associadas a drenagem postural modificada bilateralmente. Teve sempre presente, a estimulação verbal, procurando a orientação e compreensão das suas intervenções, por parte da utente. Assegurou, no seu plano de cuidados, um estímulo sistemático de abordagem; a abordagem da Sra. M.J. pelo lado afetado, incentivando a utente a olhar para esse mesmo lado e assegurando um máximo de estímulos no hemicorpo mais afetado.

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

Considerou de extrema importância, realizar formação/avaliação de conhecimentos do esposo da Sra. M. J., bem como, observar e avaliar as suas necessidades diárias.

Verificou que o Sr. J. apresentava os conhecimentos adequados na manutenção de integridade cutânea, alimentação e posicionamentos em padrão anti-espástico. Analisou ainda a necessidade de obtenção de produtos de apoio que facilitassem o cuidado à Sra. M.J. no domicílio. No momento, os cuidados de higiene eram prestados no leito pela equipa de apoio domiciliário, e o Sr. J. já tinha adquirido uma cama articulada, colchão anti-escara, cadeira de rodas, almofada de gel e imobilização abdominal com o apoio da ECCI. Verificou assim a importância da intervenção especializada do EER no cuidado holístico ao utente e sua família.

1.1.3.3. Objetivo: Desenvolver competências comuns e específicas para a prática de enfermagem especializada em reabilitação, no que respeita à prestação de cuidados à pessoa com necessidades na área sensório-motora, tendo em conta as componentes técnica, científica e relacional

Ao deparar-se com uma população cuidadora idosa, e verificar a elevada dependência (de alguns doentes, muitos deles confinados à permanência diária no leito), interessou-se pela temática de enfermagem de reabilitação paliativa com o intuito de prestar cuidados EER personalizados e direcionados às necessidades reais daqueles, em que o que poderia oferecer, seria melhorar a qualidade de vida através da manutenção da capacidade funcional, menor limitação osteo-articular (inferida pela imobilidade), controlo da dor e manutenção do bem-estar físico e psicológico da pessoa e sua família.

Durante este percurso formativo considerou as palavras de Minosso (2012), a manutenção da autonomia e capacitação nas AVDs são tidas como dimensões importantes na avaliação da qualidade de vida da pessoa. O declínio funcional¹⁷ é a

¹⁷ Os autores Schneider, Marcolin, & Dalacorte (2008) referem que após a terceira década de vida ocorre um declínio progressivo da capacidade funcional na pessoa, fruto do processo fisiológico do envelhecimento, acarretando maiores repercussões na vida do idoso do que as doenças crónicas. Estas perdas funcionais e psicossociais que acompanham o envelhecimento resultam na maior parte em depressão. Segundo D'Orsi, Xavier & Ramos (2011) a incapacidade funcional envolve diferentes fatores como a autonomia, independência, cognição, suporte financeiro e social onde a prevenção desta passa pelo adequado controle das doenças crónicas e pela interação social, onde as atividades

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

trajetória recorrente da maioria das doenças crónicas gerando um conjunto de alterações físicas e emocionais. Este declínio demonstra ser heterogéneo de acordo com a patologia, tratamentos associados, comorbilidades e as condições subjetivas, familiares e sociais de cada pessoa. A perda de funcionalidade e de autonomia podem levar á depressão, sobrecarga do cuidador, aumento da utilização dos recursos de saúde e por vezes à hospitalização.

Com objetivo de aumentar e sedimentar o seu conhecimento científico, na vertente de reabilitação paliativa realizou uma revisão sistemática da leitura. Utilizou o motor de busca da EBSCO HOST e Google académico, as bases de dados MEDLINE, SCIELO e CINHALL, com os termos indexados: enfermagem de reabilitação, cuidados paliativos, como limites de pesquisa incluiu o *full text* e o intervalo de tempo entre 2006-2016. Desta pesquisa obteve 22 artigos, dos quais selecionou três pela pertinência do seu conteúdo.

Durante o seu processo formativo destacou a importância da avaliação sistemática de toda a intervenção como EER; com o objetivo de identificar novas necessidades de intervenção, verificar a evolução dos ganhos em saúde ao nível das diferentes funções humanas e verificar a crescente capacitação e autonomia da pessoa e família, face a um novo estado de saúde.

Após a pesquisa na temática de reabilitação em cuidados paliativos, considerou essencial na sua intervenção como EER, as palavras da autora Mourão (2014), esta refere que o declínio funcional e perda de autonomia são inerentes da progressão da maioria das doenças, sendo estes considerados a origem de sofrimento dos doentes em cuidados paliativos. A evidência científica descreve que a reabilitação, embora não elimine as causas da doença, pode atenuar os seus danos e encontrar uma melhoria da capacidade funcional da pessoa e melhorar a sua qualidade de vida. O primeiro passo passa pela avaliação funcional com base no prognóstico, no potencial de recuperação, desejos e expectativas da pessoa/família/cuidador estabelecendo as intervenções e estratégias necessárias. O objetivo maior será o alívio de sofrimento,

de trabalho e lazer devem ser valorizadas ao longo da vida, bem como, os fatores sociais, culturais e biológicos da pessoa.

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

através sobretudo do controlo da dor e ansiedade, oferecer conforto e apoio emocional e manter a independência para as AVDs, por maior tempo possível. Na base de toda a intervenção de reabilitação, fomenta-se a dignidade da pessoa, redução da sobrecarga dos familiares/cuidadores contribuindo para uma maior qualidade de vida do doente e família.

Ao longo deste percurso formativo reflete as palavras da autora Ferreira (2014) in Costa & Othero (2014), citando Hesbeen (2003), onde a autora refere que a intervenção em cuidados paliativos, visa centralizar todos os cuidados na pessoa e família, garantindo a resposta às necessidades físicas, psicológicas e espirituais destes, prolongando a sua intervenção até ao luto.

O papel dos diferentes intervenientes na intervenção dos cuidados paliativos prende-se com o facto de uma pessoa com doença incurável e progressiva ser auxiliada/apoiada na fase de transição inerente a este percurso (...) os enfermeiros de reabilitação estão habilitados a prestar cuidados às pessoas, em processos de transição que decorrem do próprio desenvolvimento, como a velhice (...) processos saúde/doença em que os mecanismos de adaptação não foram suficientes. (Ferreira, 2014, p.230 in Costa & Othero, 2014)

Recordando todo o seu trajeto formativo, considera alcançar o descrito pelos autores supracitados e a ideologia dos cuidados paliativos, tendo a oportunidade de mais uma vez, verificar a importância dos princípios éticos e deontológicos na prática de enfermagem, na humanização e adequação dos cuidados à pessoa e sua família.

Um dos exemplos de ensino clínico, o Sr. C. estava acamado há mais de 10 anos vivia com a sua esposa, numa casa térrea de três assoalhadas com água canalizada e luz, num meio rural afastados de toda a rede de suporte familiar e de saúde. Na primeira visita domiciliária, realizou uma avaliação global do utente/família/comunidade com o apoio da enfermeira orientadora e foi estabelecido o programa de reabilitação:

- ✓ Reabilitação funcional sensório-motora, este incluía mobilizações passivas em todos os segmentos articulares da cabeça, pescoço e membros,

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

- ✓ Posicionamento no leito, em diferentes decúbitos (para a prevenção de úlceras por pressão), foi realizado ensino à esposa, dos cuidados a ter para a manutenção da integridade cutânea (recurso a almofadas, posicionamento do Sr. C. de 2/2h, 3/3h ou 4/4h segundo a existência de eritema branqueável) e a necessidade do Sr. C. obter uma alimentação equilibrada, rica em proteínas e hidratos de carbono, e reforço hídrico de pelo menos 1000 ml/dia;
- ✓ Reabilitação funcional respiratória, com exercícios de dissociação de tempos respiratórios, tosse assistida e manobras acessórias com drenagem postural modificada bilateralmente.

Os cuidados paliativos tendo por base os princípios éticos da beneficência, não maleficência, da autonomia e justiça acabam por incluir a reabilitação, na procura de ajuda à pessoa com doença crónica, incurável, progressiva e/ou avançada, a atingirem e/ou manterem o seu mais elevado potencial físico, psicológico, social e espiritual. Os enfermeiros de reabilitação que possuem competências específicas para intervirem junto das pessoas e suas famílias, de forma diferenciada, prestando cuidados globais à pessoa/família. Decorrente da imobilidade e síndrome do desuso, surge a dor, fadiga e limitação da atividade, o incentivo à atividade física e treino das AVDs corrobora assim o aparecimento da dor e desconforto trazida por esta, a intervenção do EER vai mais além do restabelecimento da função, aliviando as causas fisiopatológicas dessa limitação. As alterações da deglutição mostram-se como geradoras de ansiedade no seio de uma família, a intervenção do EER para além do restabelecimento de uma função, prende-se na prevenção de complicações, aumento da autonomia da pessoa e família. Nas alterações de eliminação vesical e intestinal, fortemente relacionadas com a autoestima, autoconceito e intimidade, a intervenção, a intervenção do EER passa pela intervenção que trará para a pessoa menor sofrimento e melhoria da qualidade de vida. As alterações na função respiratória encontram-se nas limitações mais incapacitantes, a dispneia infere sintomas, como a fadiga, dificuldade de concentração, anorexia, insónia, alteração na comunicação, aumento da dependência e sentimentos de ansiedade e/ou medo, o EER ao intervir

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

contribuirá na melhoria de qualidade de vida da pessoa/família. (Santos et. al, 2014 in Costa & Othero,2014)

Um dos exemplos vivenciados em ensino clínico, o Sr. A.O., apresentava Síndrome de Cadasil há muitos anos, o que levou progressivamente a estar confinado ao leito, apresentava afasia de expressão, interagia com o meio exterior com abertura espontânea dos olhos, mobilização ativa da cabeça e membro superior esquerdo á dor, apresentava espasticidade grau 3 (segundo a escala de Ashworth modificada) em todos os segmentos articulares dos quatro membros. É estabelecido um programa de reabilitação funcional sensório-motor, com particular atenção, ao limiar da amplitude articular e grau de fadiga, reabilitação funcional respiratória, com particular atenção do controlo da dor e conforto do Sr. A.O. Verificou que, o conhecimento de diferentes tipos de posicionamentos, (posicionamento em padrão anti-espástico e postura corporal correta) ajudariam o utente a permanecer com maior conforto e qualidade de vida, para tal, realiza o ensino á esposa do Sr. A.O. Após, conferiu com a equipa de apoio domiciliário o seu conhecimento e intervenção.

O Programa de reabilitação estabelecido incluiu a manutenção da integridade cutânea, manutenção de capacidades vitais como uma adequada ventilação, alimentação e eliminação, controlo de dor e conforto com recurso a massagem de relaxamento.

1.1.4. Intervenção na resolução favorável da transição saúde/doença

Na pessoa com alteração da mobilidade ou a vivenciar uma situação transicional, o principal interveniente da sua resolução favorável, será a própria pessoa. No entanto, os recursos de suporte não desempenham uma tarefa menos exigente e árdua.

Durante todo o processo formativo de aquisição de competências, verificou que o apoio presente, disponível e positivo, conferiu á pessoa/família maior segurança e autoestima, conduzindo-a a uma atitude mais forte e ponderante na sua recuperação. Observou que uma posição positiva e interativa da pessoa/família, conferiu maior energia, pro-atividade e interesse em melhorar e ultrapassar a incapacidade que surgia pelo seu novo estado de saúde. Verificou também, que a intervenção

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

educacional do EER, capacitando a pessoa/família/cuidador, facilitava a resolução saudável de uma situação transicional, conferindo um comportamento de crescente autonomia, sentimentos de segurança e confiança no seu desempenho.

Verificou ainda, que para além da pessoa, a família/cuidador é parte integral de todo o processo de cuidar e também ela vivencia um tipo de transição. O aumento crescente de responsabilidade, a alteração de papéis no seio familiar, a alteração na subsistência de uma família, a mudança no estado de saúde de uma pessoa próxima, provoca sentimentos de desespero, infortúnio e incapacidade gerando um desequilíbrio emocional no seio familiar.

Hesbeen (2003) refere que o papel, as necessidades e expectativas dos próximos não podem ser minimizados sendo necessário uma ação educativa, de orientação e familiarização com todos os aspetos que mais tarde se irão confrontar, sendo essencial integrá-los nos cuidados.

Durante o seu ensino clínico em ECCL, teve a oportunidade de prestar cuidados ao Sr. S. que sofreu um AVC isquémico, do qual resultou hemiparesia direita, este apresentava-se orientado no tempo e espaço. Foi estabelecido um programa sensório-motor que incluiu mobilizações passivas, ativas/assistidas em todos os segmentos articulares do corpo, com maior incidência no lado mais afetado e posicionamento em padrão anti-espástico. Feito ensino para a manutenção de integridade cutânea, utilização de atividades terapêuticas, posicionamento em padrão anti-espástico e auto-transferência para a cama/cadeira de rodas ao utente, e reforçado este ensino ao cuidador principal com recetividade. Observou que o Sr. S. apresentava uma postura apática e deprimida, apresentando-se colaborante em todos os exercícios solicitados. Verificou que a sua esposa e filha apresentavam-se como os vetores de aprendizagem, pois, perante a sua presença e colaboração, o Sr. S. apresenta maior ânimo e empenho nas atividades realizadas. Durante a sua intervenção teve sempre presente a colaboração destes familiares, procurando a capacitação crescente de todos os intervenientes.

Ao observar a adoção de novos comportamentos adequados, por parte da pessoa e novos papéis perante a família/cuidador, constatou que o EER intervém no

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

processo transicional como elemento facilitador, na resolução saudável desta, através da capacitação dos diferentes intervenientes.

Kralik et. al (2006) in Meleis (2010), referem que o enfermeiro ao cuidar da pessoa, pode ajuda-la a identificar as mudanças impostas pela doença e alcançar novas possibilidades perante experiências desadequadas.

Considera que a diferença entre os dois contextos de ensino clínico (hospitalar e domiciliário) afetam o modo, tempo e a efetividade¹⁸ da pessoa/família na resolução favorável de uma transição. Considera que no contexto hospitalar, numa fase aguda da doença, o doente está institucionalizado, nesta existem regras e horários impostos pela organização do serviço/instituição. A presença da família/cuidador ou pessoa significativa resume-se ao horário das visitas, num ambiente bem mais manipulado/artificial da sua realidade diária, a incapacidade imediata trazida pela doença atual é então um pouco manipulada para resultados imediatos, potenciando sentimentos de impotência e desespero. No contexto domiciliário, a pessoa/família inserida no seu meio sente-se mais protegida, tornando todo o processo de capacitação mais facilitador. No entanto, considera também, que é no contexto domiciliário que a pessoa/família, toma consciência de toda a realidade de incapacidade/alteração de comportamentos trazidos pela doença face aos recursos humanos e físicos que dispõe.

Tendo presente a obra de Menoita (2012), pág.193, Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC, reflete as palavras da autora, num ambiente terapêutico e relaxado a pessoa poderá iniciar o seu processo de aprendizagem, de treinar o pensar em alternativas, o pensar-se, sendo indispensável para o sucesso, o estabelecimento de uma relação de confiança, segurança, confidencialidade, partilha e reforço positivo. Citando Ferreira e Figueiredo (2007), a autora refere ainda que a liberdade da pessoa corresponde á atitude de abertura desta para a sua aprendizagem e transformação.

¹⁸ A palavra efetividade, provém do adjetivo efetivo, cujo significado é o que produz efeito, é real, é permanente. (Dicionário Priberam, 2017)

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

Ao longo de todo este percurso formativo conseguiu aferir, que todo o apoio físico e psicológico oferecido à pessoa/família/cuidador, durante o processo de transição saúde/doença torna-se um papel primordial da intervenção do EER.

Reflete o descrito por Meleis et al. (2010) e considera que a intervenção especializada de EER permite que a pessoa tome o conhecimento de determinada mudança no seu estado de saúde, procurando a capacitação, autoconfiança e aumento de autoestima, integrando-a num processo de consciencialização, compromisso e envolvimento. Ao observar a procura de apoio, a interação, uma postura positiva e proactiva, o desenvolvimento de confiança e adaptação da pessoa/família/cuidador verifica a resolução favorável da transição.

Como exemplo, durante o ensino clínico em ECCL, realizou um programa de exercícios de fortalecimento muscular e identificou a interação, pro-atividade e capacitação do utente, considerando assim, a efetividade da sua intervenção no aumento de autonomia e resolução favorável da transição saúde/doença.

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

2. PERCURSO FORMATIVO: DESAFIOS VIVENCIADOS/COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Ao longo do percurso formativo em ensino clínico, estabelecido no plano de estudo do 5ºCMER, e posteriormente no 7ºCMER, de modo a adquirir competências específicas de enfermagem de reabilitação, muitos foram os momentos e experiências vivenciadas, muitas delas bastante gratificantes e obtentoras de sentimentos de realização pessoal e profissional.

Antes da realização dos ensinamentos clínicos, no projeto de estágio e plano de atividades elaborados, foram delineados diferentes objetivos específicos, planeadas e calendarizadas diferentes atividades, de modo a atingir os objetivos inicialmente propostos. Neste capítulo, expõe a análise e o balanço das experiências vivenciadas e as competências adquiridas ao longo do seu percurso formativo em ensino clínico.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010b), o EER deverá apresentar as competências específicas: cuidar de pessoas com necessidades especiais em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Na sua prática diária esteve presente os princípios gerais do código deontológico do enfermeiro: os valores universais da relação profissional, como a igualdade, a liberdade responsável, a verdade e justiça, o altruísmo e solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional; os princípios orientadores da intervenção do enfermeiro, como a responsabilidade inerente aos cuidados de EER, o respeito pelos direitos humanos, a excelência no exercício da profissão perante a pessoa e profissionais. (Ordem dos Enfermeiros, 2005)

O compromisso que assume para com a profissão prevê que, enquanto enfermeira, detenha um conjunto de direitos e deveres. Um desses direitos, presentes no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), é o de exercer livremente a profissão (artigo 96º, nº1, a). No entanto, este direito é inerente ao dever de exercer a profissão com adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar (...), adotando

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e dos serviços de enfermagem (artigo 97º, nº1, a). (Ordem dos enfermeiros, 2015)

No decorrer dos ensinamentos clínicos, foram várias as experiências de aprendizagem (algumas delas, mencionadas no capítulo anterior) que permitiram ajustar os conhecimentos teóricos, adquiridos no ano letivo de 2014/2015, e obter diferentes competências da prática de enfermagem de reabilitação. Considera que através das diferentes experiências de aprendizagem vivenciadas, os objetivos propostos no seu projeto de estágio foram atingidos, bem como, as competências comuns e específicas de EER adquiridas.

Tendo sido os objetivos propostos, no seu projeto de estágio:

1. Promover uma prática profissional, ética e segura baseada nos princípios éticos e deontológicos na área de enfermagem de Reabilitação

Considera que ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos, a sua conduta e postura basearam-se nos direitos e deveres da conduta profissional, respeitando a individualidade da pessoa e sua família, prestando cuidados com excelência, baseados numa prática correta e segura a par da evidência científica.

2. Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente crítico com enfoque na alteração da mobilidade visando a capacitação e maximização do potencial do doente/família

Durante o seu percurso formativo, a sua área de interesse foi a aquisição de competências na prestação de cuidados ao doente crítico com alteração da mobilidade, no entanto, os diferentes ensinamentos clínicos permitiram um maior conhecimento na área de especialidade de reabilitação, nomeadamente, o cuidado especializado do EER ao doente com AVC em contexto hospitalar e comunitário e o cuidado especializado do EER em cuidados paliativos;

3. Desenvolver competências comuns e específicas de EER

Considera que ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos desenvolveu e aperfeiçoou a avaliação, o estabelecimento de planos de cuidados especializados em

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

enfermagem de reabilitação e verificou os ganhos em saúde pela prática de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação.

Tendo presente os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista: A- responsabilidade profissional, ética e legal, B- melhoria contínua da qualidade, C- gestão dos cuidados e D- aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2010a), considera:

A. Responsabilidade profissional, ética e legal

Durante o ensino clínico desenvolveu uma prática profissional e ética no campo de intervenção de enfermagem de reabilitação através da intervenção segura e responsável; com base na sedimentação e atualização do conhecimento especializado de reabilitação (através da consulta de evidência científica, livros científicos e material lecionado), atualização de práticas e esclarecimento de dúvidas com o enfermeiro orientador. Respeitou os princípios éticos e deontológicos da profissão, como o respeito pelo doente/família, dever do sigilo profissional, dever da excelência e humanização do cuidar.

Ao longo deste processo formativo desenvolveu a capacidade de avaliação e elaboração de planos de cuidados especializados de reabilitação, avaliação dos ganhos obtidos, com supervisão e orientação das enfermeiras orientadoras dos ensinos clínicos. Ao prestar cuidados especializados de ER ao doente crítico promoveu o respeito pelos valores, costumes e crenças do doente/família, através da sua participação no programa de reabilitação, avaliou e ponderou os riscos/benefícios da sua intervenção. Através da avaliação da resposta funcional e cognitiva do doente, recolheu informação e avaliou a sua intervenção através dos ganhos funcionais obtidos e parecer das enfermeiras orientadoras.

B. Melhoria contínua da qualidade

Durante um dos ensinos clínicos realizados, foi possível, o contributo para a realização de um protocolo de mobilização precoce do doente crítico, através da pesquisa e atualização de práticas na temática, partilha da evidência científica e exposição dos benefícios da existência de um protocolo para a prática diária do EER

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

nos cuidados intensivos, com a enfermeira orientadora e restantes elementos da equipa de reabilitação.

A realização de uma scoping review na temática da alteração da mobilidade no doente crítico e a realização do póster “ A intervenção do EER no doente crítico com alteração da mobilidade” permitiu a actualização de conhecimentos teórico-práticos desta temática, traduzindo uma intervenção do EER no doente crítico, atual, segura e correta.

Através da assistência das primeiras jornadas dos EEER do CHLO e do Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação, foi possível, a atualização e sedimentação de conhecimentos, sólidos e válidos, bem como, a confirmação da intervenção segura e efetiva do EER em diferentes realidades.

O recurso a escalas e instrumentos de avaliação (escala de Glasgow, escala de Lower, escala de Ashworth modificada, escala de Braden, escala de Barthel, MIF18, escala de NIHSS, escala de Borg modificada e escala de RASS) segundo as necessidades identificadas demonstraram os ganhos em saúde obtidos, através da intervenção do EER, e melhoria da qualidade de vida do doente e sua família. A elaboração de planos de cuidados individualizados e adequados às incapacidades e necessidades observadas, a avaliação contínua da sua adequação e efetividade, demonstraram ser comportamentos corretos e seguros da sua intervenção de reabilitação. Outro exemplo, diz respeito à prestação de cuidados especializados de ER num ambiente terapêutico e seguro, através da manipulação cuidada dos diferentes dispositivos médicos em redor do doente em contexto hospitalar, o recurso à imobilização abdominal aquando do levantar do doente para o cadeirão (respeitando o protocolo de queda do hospital), a utilização de medidas standards de controlo de infeção, a orientação para a aquisição de produtos de apoio, de alteração de barreiras arquitetónicas e a alteração da disposição de mobiliário no lar, em contexto comunitário.

C. Gestão dos cuidados

Ao longo do EC após a avaliação da pessoa e estabelecimento do programa de reabilitação, organizou as intervenções de reabilitação, analisou com as

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

enfermeiras orientadoras a sua intervenção, e realizou-as de forma segura e responsável com base nos conhecimentos teórico-práticos adquiridos. Ao longo da sua intervenção, avaliou a sua adequabilidade e efetividade, corrigindo e alterando as intervenções necessárias. Como exemplo, o Sr. F. durante o seu internamento no SCI desenvolveu polineuropatia dos cuidados intensivos, o seu programa de reabilitação incluiu inicialmente um programa sensório-motor com mobilizações passivas em todos os segmentos articulares dos quatro membros, com desmame de sedação (em articulação com a equipa médica), estimulação cognitiva com estimulação sensorial (toque, estimulação propriocetiva), comunicação e orientação espaço-temporal, ensino á família da utilização/recurso de objetos, sons ou visita de pessoas significativas para o Sr. F. A cinesiterapia incluiu intervenções de otimização da ventilação, aumento de força muscular e *toilette* brônquica, através de manobras acessórias, drenagem postural modificada e exercícios de tonificação diafragmática. Pela acentuada fraqueza muscular, foi realizada traqueostomia, uma das intervenções passou pela gestão da comunicação não-verbal, através da utilização de expressões faciais como estratégia de comunicação.

Outra das experiências de aprendizagem em EC, passou pela oportunidade de colaborar com a equipa multidisciplinar dos cuidados intensivos no cuidado especializado de reabilitação, através da comunicação de avaliação neurológica do doente, ganhos funcionais obtidos com o programa de reabilitação, necessidade de intervenção da equipa médica para otimização dos parâmetros de ventilação mecânica do doente, articulação de informação com a equipa de gestão de altas para a continuidade de cuidados (rede de cuidados continuados) após a alta hospitalar, bem como, articulação com a equipa de fisioterapeutas, da intervenção de enfermagem de reabilitação e continuidade de cuidados multidisciplinares.

D. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Durante os ensinamentos clínicos teve presente os diferentes momentos de autoavaliação, da sua postura como estudante e futura EER, da segurança e qualidade dos cuidados prestados. Ao longo de cada dia, nas diferentes experiências vivenciadas, verificou as necessidades de sedimentação de conteúdos teóricos e

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

atualização de práticas, avaliou o plano de cuidados realizado para cada doente, adequando as necessidades identificadas e objetivos estabelecidos. Ao longo deste processo formativo verificou com as enfermeiras orientadoras as intervenções realizadas, demonstrando utilizar os conhecimentos adequados na prática especializada, de forma segura e competente.

Considera que utilizou positivamente, as oportunidades de aprendizagem que surgiram ao longo dos diferentes ensinos clínicos, tomando a iniciativa, segurança e responsabilidade necessárias, e dignificando o cuidado especializado do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Nas avaliações de apreciação do seu percurso formativo, realizadas pelo professor orientador da ESEL e enfermeiros orientadores do ensino clínico, salienta as suas características pessoais de empenho, organização e interesse, bem como, a adopção de uma postura segura e adequada na prestação de cuidados especializados EER, correcta relação pessoal e profissional, com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, doente/utente e família. (anexo II)

O regulamento das competências específicas do EER prevê a execução de três competências: cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos de prática dos cuidados (J1); capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (J2); maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (J3). (Ordem dos Enfermeiros, 2010b)

Tendo presente as competências específicas do EER enunciadas pela Ordem dos enfermeiros considera:

❖ Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos de prática dos cuidados (J1)

Dividindo-se a competência J1 em quatro unidades de competência, cada uma delas referente a uma etapa do processo de enfermagem (avalia a funcionalidade e diagnostica limitações/incapacidades; concebe planos de intervenção, visando os processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade; implementa as intervenções

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

planeadas, com o objetivo de otimizar e/ou reduzir as diferentes incapacidades das funções corporais afetadas; e por último, avalia os resultados das intervenções planeadas), considera que ao longo deste processo formativo, a realização de planos de cuidados e do estudo de caso permitiram o desenvolvimento desta competência específica.

Na avaliação inicial (primeira etapa do processo de enfermagem e determinante das intervenções a realizar), a estratégia durante os diferentes ensinamentos clínicos primeiro passou, pela observação da enfermeira orientadora e análise das necessidades observadas/sentidas pela pessoa/família. Posteriormente, sob observação da enfermeira orientadora, realizou a avaliação da alteração funcional sensório-motora e cognitiva do doente, a capacidade de resolução favorável da transição da pessoa/família, através do uso de instrumentos e escalas de avaliação.

Verificou assim, que a intervenção do EER baseia-se na avaliação e intervenção global da pessoa/família, permitindo oferecer a resposta favorável de resolução de um processo de saúde/doença, sendo esta mutável de acordo, com a situação clínica, a capacitação da pessoa e necessidades sentidas pela pessoa/família.

No ensino clínico em meio hospitalar as suas intervenções permitiram desenvolver competências na conceção e implementação de planos de cuidados, de reeducação e otimização das funções sensório-motoras, cardiorrespiratórias, realização de AVDs e no aconselhamento e treino de produtos de apoio.

Verificou que o EER planeia e implementa intervenções dirigidas às necessidades levantadas, conduzindo a sua intervenção, à reeducação de funções corporais e capacitação da pessoa/família na resolução favorável de uma transição saúde/doença.

Em contexto domiciliário, verificou que a avaliação da pessoa/família e o ambiente envolvente constituiu um desafio, por ser uma realidade diferente do meio hospitalar, realidade de prestação dos cuidados durante os dezasseis anos de experiência profissional. No entanto, considera que é no meio domiciliário, que o EER

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

observa as verdadeiras necessidades da pessoa/família, face aos aspetos psicossociais e ambiente familiar existente.

Em contexto hospitalar, teve a oportunidade de implementar diferentes intervenções de reabilitação no doente crítico, otimizando e reeducando as funções aos diferentes níveis: motor, sensorial, cognitivo e cardiorrespiratório; avaliando os resultados das intervenções implementadas, através da análise de ganhos em saúde a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia e qualidade de vida).

Uma experiência do ensino clínico que salienta: O Sr. S., utente de 52 anos, foi referenciado para os cuidados de ECCI após ter tido alta de uma unidade de convalescença¹⁹, tinha sofrido um AVC isquémico no hemisfério cerebral esquerdo, do qual resultou hemiparesia direita, de predomínio espástico. O Sr. S passava todo o dia imóvel no leito a assistir TV. A primeira avaliação foi efetuada em conjunto com a enfermeira orientadora e o plano de intervenção estabelecido passou pelo aumento de capacitação do autocuidado na higiene, autocuidado em alimentar-se, transferência para cadeira de rodas, deslocação no interior do domicílio com recurso a cadeira de rodas, ensino e treino de ergonomia e transferência para cadeira de rodas/sofá/cama á esposa e filha do Sr. S. A visitação domiciliária era realizada semanalmente, pelas diferentes contingências existentes no EC. Após algumas visitas domiciliárias, o Sr. S. apresentava-se atento e interessado no seu programa de reabilitação, realizando o rolar na cama, mobiliza os membros inferiores para fora da cama e esboça o movimento de sentado na beira da cama (necessita de ajuda para terminar a atividade) e realiza transferência para cadeira de rodas com ajuda total. Posteriormente, realiza transferência para cadeira de rodas com ajuda parcial. O Sr. S já realiza o movimento do pentear com ajuda parcial da esposa e realiza os cuidados de higiene oral com supervisão. Durante todo o programa de reabilitação é observada uma postura triste e por vezes desinteressada por parte do Sr. S., verbalizando alguns sentimentos de impotência. A esposa e filha verbalizam algum cansaço e existência

¹⁹ A Unidade de Convalescença trata-se de uma resposta do SNS, da rede de cuidados continuados que oferece uma resposta de continuidade dos cuidados após a alta hospitalar. Trata-se de um internamento de um mês onde se assegura uma estabilidade do quadro clínico e o início de um programa de reabilitação e integração na vida social após a alta. (RNCCI, 2009)

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

de conflitos familiares por o Sr. S apresentar um comportamento de desistência, comodismo e conformidade com a situação saúde/doença. É desmitificada a apatia e postura deprimida do Sr. S, como resposta de adaptação/resolução do processo transicional de doença, à esposa e sua filha, com receptividade.

Ao longo de todo o processo formativo, considerou as palavras de Hesbeen (2003), o qual refere que os próximos do doente incluem o grupo de não profissionais da equipa e são abrangidos pelo processo de reabilitação. O seu papel, necessidades e expectativas não podem ser minimizadas, necessitam de ações educativas, de orientação e familiarização dos aspetos com que mais tarde se irão confrontar. Verificou que a inclusão da família e/ou cuidador principal, após observar a vontade da pessoa/família em readquirir ganhos funcionais, são os principais vetores de resolução favorável de um processo transicional saúde/doença, e obtentor de ganhos funcionais.

❖ Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (J2)

As atividades desenvolvidas para adquirir esta competência prendem-se às intervenções realizadas durante os ensinamentos clínicos, como o treino das AVDs, visando a maximização da autonomia da pessoa/família, adaptação das limitações/incapacidades impostas pela doença e promoção da mobilidade, acessibilidade e reinserção social.

Um exemplo vivenciado em contexto domiciliário, o Sr. A.V. é referenciado para a ECCI por ter sofrido AVC isquémico, do qual resultou diminuição da força no hemicorpo direito e alteração do equilíbrio ortostático-dinâmico. Após a avaliação inicial e sob orientação da enfermeira orientadora do EC foi estabelecido um plano de intervenção, que incluiu exercícios de estimulação sensorio-motora, equilíbrio ortostático e fortalecimento muscular. O Sr. A.V. pôde, após as visitas domiciliárias, adquirir maior autonomia nas AVDs, maior tolerância ao esforço e maior interação com o meio em redor. Na última visita domiciliária, já efetuava caminhadas de 10 minutos em redor da casa com a esposa (atividade que não conseguia efetuar), e já participava com a esposa nas tarefas domésticas.

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

Outro exemplo, o Sr. S., após o ensino e treino da transferência para cadeira de rodas, e o recurso desta para se deslocar dentro do domicílio, permitiu ao utente a reintegração familiar, estimulando a comunicação entre os elementos da família e visitas. Para além disso, permitiu a estimulação cognitiva traduzindo uma melhoria da capacidade funcional. Numa das últimas visitas domiciliárias, o Sr. S encontrava-se no pátio da sua casa, sentado na cadeira de rodas, a comunicar com os vizinhos.

Durante o EC, em contexto comunitário, validou a avaliação e superação de barreiras arquitetónicas de muitas residências, pelas orientações do EER, como mudar a disposição de um quarto ou sala, a retirada de tapetes e a sugestão de utilização de produtos de apoio. No entanto, também constatou as dificuldades sentidas na pessoa/família, na participação familiar e social, pela existência de barreiras no domicílio e poucos recursos económicos que impossibilitavam a mobilização da pessoa.

Em contexto hospitalar, teve a oportunidade de elaborar e implementar programas de treino de AVDs (auto-cuidado: higiene, auto-cuidado: vestuário, alimentar-se, transferir-se e deambular com apoio de andarilho), visando a adaptação às limitações da mobilidade, maximização da autonomia e de qualidade de vida.

❖ Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (J3)

Ao longo do seu percurso formativo, nos diferentes ensinamentos clínicos, em conjunto com a enfermeira orientadora teve a oportunidade de conceber, implementar e avaliar os programas de reabilitação estabelecidos, constatando a maximização das capacidades funcionais da pessoa, o desenvolvimento de estratégias face às limitações impostas pela doença e a reintegração familiar e social.

Um dos exemplos vivenciados em contexto domiciliário, O sr. A.V. ao longo do programa de reabilitação sensório-motor estabelecido demonstrou a obtenção de ganhos funcionais em diferentes estruturas osteo-articulares e musculares, pelo aumento de força muscular e melhoria da coordenação motora. Com o objetivo que o sr. A.V obtivesse uma maximização da funcionalidade, elaborou um panfleto com exercícios (plano de exercícios para a pessoa com AVC, apêndice VII) que efetivasse a capacitação crescente do utente.

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

Teve a oportunidade durante o seu percurso formativo de incluir na sua intervenção como EER, a conceção, implementação e avaliação de programas de treino motor e cardiorrespiratória; a avaliação e reformulação dos programas de reabilitação, em função dos resultados esperados; a utilização de diferentes escalas e instrumentos de avaliação, evidenciando os ganhos em saúde.

A monitorização da implementação e dos resultados obtidos em conjunto com a enfermeira orientadora permitiram avaliar a concretização desta competência. Considera que o ensino realizado à pessoa/família assume extrema relevância, uma vez que, a informação partilhada com a pessoa/família permite o aumento do repertório de conhecimentos, induzindo o desenvolvimento das suas capacidades, autonomia e qualidade de vida.

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

3. AVALIAÇÃO

A avaliação leva à identificação que potencia a mudança de atitude, numa lógica de construção de competências e desenvolvimento profissional (Ordem dos enfermeiros, 2003). Neste capítulo expõe as dificuldades e limitações percebidas na implementação do projeto de estágio.

3.1. Aspetos positivos e aspetos negativos

Considera todo o processo de aprendizagem e aquisição de competências bastante positivo e avalia toda a sua intervenção como correta e adequada, responsável e segura, possuindo os conhecimentos teórico-práticos corretos e adequados. A mudança de contexto de prestação de cuidados, como aluna, coloca-nos novamente na posição de iniciado. Ao longo dos ensinos clínicos recorda os sentimentos outrora vividos, e considera a vontade de aprender e o interesse em procurar novas situações de aprendizagem determinantes para o desenvolvimento de outros níveis. (Benner, 2001)

As experiências vivenciadas nos diferentes ensinos clínicos sedimentaram os conhecimentos teórico-práticos adquiridos e permitiram um crescimento do seu conhecimento científico, prático e relacional. Considera a orientação e dedicação dos enfermeiros orientadores em ensino clínico e o afável acolhimento por parte de todas as equipas multidisciplinares uma mais-valia no processo de aprendizagem.

Verifica que, um dos pontos menos positivos neste percurso formativo foi o fator tempo. Considera que a realidade de ser trabalhadora/estudante foi bastante árdua e não foi um fator facilitador num processo de formação complexo e exigente como o CMER.

Analisando todo o seu percurso considera um fator bastante positivo e gratificante, a diversidade de realidades e experiências vivenciadas para além do doente crítico. Toda a sua experiência profissional esteve sempre direcionada para a fase aguda da doença, em meio hospitalar, onde verifica que existem os recursos necessários para o cuidado diferenciado e imediato da pessoa/família. As

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

experiências vivenciadas em contexto comunitário mostraram ser bastante enriquecedoras, onde observou uma realidade bem diferente da, até então vivenciada.

Ao observar diferentes dinâmicas familiares, onde a maioria das pessoas a seu cuidado eram pessoas idosas a cuidar de outra pessoa idosa, com elevado grau de dependência e escassos recursos socio-económicos sentiu a necessidade de gerir sentimentos de tristeza e impotência.

A realização de uma scoping review, do póster científico e a atualização de práticas sobre a temática da mobilização precoce do doente crítico permitiu dinamizar a oportunidade de por o projeto de estágio em prática. Toda pesquisa desenvolvida permitiu fornecer, a toda a equipa de reabilitação do SCI, a evidência científica recente, para a construção de um protocolo de mobilização do doente crítico (necessidade identificada pela equipa de reabilitação, a ser desenvolvida para o ano de 2017)

A certificação de competências assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto da prática clínica (Ordem dos enfermeiros, 2010a). Face ao seu desempenho em ensino clínico considera tê-las desenvolvido, autoavaliando-se em Muito Bom (anexo II)

Em modo de conclusão, recorre às palavras de Hesbeen (2003) e considera o seu futuro nas palavras do autor:

(...) há ainda um longo caminho a percorrer (...) A ambição de conseguir (...) é sem dúvida utópica (...) mas, ela abre caminho à ação, uma vez que a utopia que aqui está em causa, não se refere ao que é irrealizável, mas sim ao que está por realizar. (Hesbeen, 2003, p.57)

3.2. Contributos para a prática profissional

Os conhecimentos teóricos e as competências práticas adquiridas têm-se revelado uma mais-valia na prestação diária de cuidados ao doente crítico. A utilização dos princípios de ergonomia, dos conhecimentos teóricos e técnico-científicos nos doentes com alterações sensório-motoras, na avaliação da força

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

muscular, sensibilidade e espasticidade, na avaliação e treino de deglutição, nos posicionamentos, levante e transferências, na avaliação de alterações respiratórias pela interpretação de imagem radiológica do tórax e gasimetria arterial e no apoio de desmame ventilatório expressam uma maior qualidade dos cuidados prestados. A recetividade e aceitação dos colegas de trabalho relativamente aos conhecimentos adquiridos é verificada, através da solicitação para o aconselhamento no posicionamento, avaliação da deglutição, na intervenção do doente com dessincronia ventilatória, na solicitação de cinesiterapia respiratória para eliminação de secreções e otimização da ventilação, na colaboração no levante do doente e treino de marcha.

Com a elaboração da *scoping review* e atualização de práticas de intervenção do EER, no doente crítico com alteração da mobilidade, considera que efetuou a recolha de informações úteis e preponderantes para o estabelecimento de um programa de mobilização precoce do doente crítico; necessidade esta, sentida pela equipa de reabilitação do SCI-██████. Para o futuro, considera uma ambição profissional, ser um elemento da equipa de reabilitação do SCI-██████ e contribuir para a realização de um protocolo de serviço que sistematize um programa individualizado de mobilização precoce do doente crítico, bem como, a elaboração de um protocolo e programa de electroestimulação muscular no doente crítico com alteração da mobilidade.

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPETIVAS FUTURAS

Na etapa final deste percurso formativo colocam-se algumas questões, sua intenção inicial, seria documentar e constatar a intervenção do EER no doente crítico com alteração da mobilidade, no entanto, o seu percurso de aprendizagem em contexto hospitalar e contexto comunitário permitiram verificar uma vastidão de intervenções do EER nos diferentes âmbitos.

A diversidade de experiências de aprendizagem vivenciadas nos dois contextos permitiram constatar a importância da intervenção do EER, bem como, verificar a sua intervenção e aquisição de competências específicas do EER ao longo deste processo formativo, defendidas pela Ordem dos Enfermeiros (2010b).

Constata que em contexto hospitalar a intervenção do EER é muito dirigida para uma fase aguda da doença capacitando o doente nas AVDs e maximização das funções corporais, num ambiente “artificial”, bem diferente do meio onde a pessoa/família está inserida, e onde o processo transicional de saúde/doença se encontra numa fase inicial.

Verifica que sentimentos de tristeza, revolta ou negação sentidos pela pessoa/família poderão surgir, influenciando todo um processo de partilha, aprendizagem e aquisição de novas informações. Torna-se então importante a inclusão de uma pessoa significativa/cuidador/familiar, de modo a promover uma rede de suporte essencial para a resolução favorável de uma transição. (Meleis et al., 2010)

A realidade de um contexto comunitário impõe a aquisição de capacidades e maximização da funcionalidade num meio “conhecido”, numa perspetiva bastante mais “realista”, perante a limitação trazida pela doença. Mais uma vez, a rede de suporte familiar/comunidade/sociedade adquire uma extrema importância, e a intervenção do EER, através do conhecimento teórico-prático específico e prática de cuidados globais/holísticos, denota ser um agente facilitador da transição saúde/doença favorável, transmitindo à pessoa/família, o conhecimento e capacitação face um novo estado de saúde.

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

De um modo geral, a evidência científica apoia a intervenção do EER para a capacitação do doente crítico, reduzindo as limitações impostas pela doença, minimizando os fatores que influenciam negativamente a qualidade de vida da pessoa. Pela intervenção especializada do EER, verifica-se ganhos em saúde, reduzindo o tempo de internamento na UCI e tempo de hospitalização, possibilitando a redução considerável dos gastos em saúde.

A sua intervenção preventiva baseada em cuidados globais/holísticos, e no seu conhecimento diversificado e específico, apontam o EER como o profissional de saúde com conhecimento e competências adequadas para a capacitação e maximização da funcionalidade do doente crítico.

Na fase inicial do projeto de estágio, com o intuito de aumento e solidificação de competências específicas adquiridas na área do doente crítico, os objetivos e intervenções propostos a atingir e implementar, eram direcionadas para a alteração de mobilidade do doente com alterações neuromusculares, no entanto, a diversidade de experiências vividas e diferentes abordagens de intervenção do EER, mostrou que o percurso realizado superou os objetivos inicialmente traçados, adquirindo competências de intervenção especializada, no doente crítico, no doente hospitalizado em fase estável de doença, em contexto domiciliário e em contexto paliativo.

O seu projeto de estágio, direcionado inicialmente, para a intervenção do EER no doente crítico com alteração da mobilidade, é colocado em análise e prática, através da atualização de práticas da mobilização precoce do doente crítico. Após o período de repouso reparador no doente crítico, a imobilidade prolongada e o aparecimento das alterações neuromusculares no doente crítico acarretam alterações significativas para a pessoa/família, a nível físico, psicológico e social, refletindo-se no aumento de dependência funcional e diminuição da qualidade de vida da pessoa e sua família.

A evidência científica sugere a utilização de programas sistematizados e individualizados de mobilização precoce e progressiva do doente crítico. A sua utilização é segura e facilitadora da recuperação funcional do doente. Segundo a Ordem dos enfermeiros (2011), o EEER contribui para reformas no carácter, estrutura

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

e prestação de cuidados nos serviços de saúde, bem como, na comunidade. Considera assim, a sua utilização, a excelência dos cuidados especializados do EER traduzindo ganhos em saúde e redução dos custos para o sistema nacional de saúde.

Ao longo do processo formativo verifica a aquisição de competências específicas, defendidas pela ordem dos enfermeiros (2010b), utilizando o seu conhecimento especializado como EER, na avaliação da funcionalidade e diagnóstico da limitação de atividade/incapacidade, concebendo planos de intervenção que promovem a capacidade adaptativa da pessoa/família (assegurando crescente autonomia, autoconfiança e autocuidado no processo saúde/doença), na implementação das intervenções planeadas (com o intuito de otimizar e reeducar as diferentes funções humanas), e por último, na avaliação de resultados obtidos através das intervenções implementadas.

Na capacitação da pessoa com limitação da atividade, incapacidade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania elaborou e implementou programas de reabilitação de treino de AVDs, procurando a adaptação às limitações impostas pela doença, e aumento da autonomia no autocuidado e qualidade de vida da pessoa e família. Promoveu a mobilidade, a acessibilidade e participação social, através da identificação e eliminação de barreiras arquitetónicas no contexto de vida da pessoa. Na maximização da funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa, elaborou e implementou programas de promoção para a saúde e reabilitação, avaliando e reformulando os programas estabelecidos, segundo os resultados esperados.

Todo este processo formativo promoveu um exponencial crescimento pessoal e desenvolvimento profissional, contribuindo positivamente, em toda a sua intervenção futura com maior maturação profissional, maior nível de conhecimentos teórico-científicos, baseando assim, toda a sua intervenção na evidência científica e praxis clínica, procurando promover a qualidade de vida da pessoa e sua família, no cuidar holístico com “engenho” e “arte”, de capacitação e maximização da funcionalidade.

A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

No futuro pretende utilizar os conhecimentos e competências adquiridas do processo formativo de aquisição de competências específicas de enfermagem de reabilitação, bem como, apostar no desenvolvimento do cuidado especializado do EER, através da constante atualização de práticas de intervenção do EER.

Ao ter a oportunidade de ser um elemento da equipa de reabilitação do SCI-
■■■■■, após a finalização do percurso formativo de aquisição de competências específicas de enfermagem em reabilitação gostaria de implementar um programa de mobilização precoce e electroestimulação muscular no doente crítico com alteração da mobilidade, evidenciando a intervenção especializada do EER; na melhoria da qualidade de vida da pessoa/família, na redução do tempo de internamento no SCI e hospitalização, na minimização de incapacidade (facilitando todo o processo de adaptação na comunidade e sociedade) e consequente redução de custos para o sistema nacional de saúde.

BIBLIOGRAFIA

- Apostolakis, E., Papakonstantinou, N.A., Baikoussis, N.G., Papadopoulos, G. (2015). Intensive care unit-related generalized neuromuscular weakness due to critical illness polyneuropathy/myopathy in critically ill patients. *Journal of Anesthesia*. 29(1). 112-121.
- Appleton, R. & Kinsella, J. (2012). Intensive care unit- acquired weakness. *Continuing Education in Anesthesia, Critical Care & Pain*. 12 (2). 62-66.
- Artioli, D. P. & Bertolini, R.G.F. (2014). Kinesio taping : aplicação e seus resultados sobre a dor : revisão sistemática. *Fisioterapia & Pesquisa*. 21(1). 94–99.
- Baroncelli, L., Braschi, C., Spolidoro, M., Begenisic, T., Sale, A. & Maffei, L. (2014). Nurturing brain plasticity: impact of environmental enrichment. *Cell Death and Differentiation*. 17. 1092–1103.
- Batt, J., Santos, C.S., Cameron, J. I., Herridge, M.S. (2013). Intensive Care Unit-acquired Weakness Clinical Phenotypes and Molecular Mechanisms. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 187(3). 238-246.
- Benner P. (2001) De Iniciado a Perito excelência e Poder na Prática Clínica de enfermagem. Quarteto Editora: Coimbra.
- Cabral, F. A., Maria, S., Anti, A., & Pompeu, J. E. (2008). Estimulação Multissensorial em Pacientes Comatosos : uma revisão da literatura Multisensorial Stimulation in Comatose Patients : a literature survey, 32(1), 64–69.
- Castro C., Vilelas J. & Botelho M. (2011). A Experiencia Vivida da Pessoa Doente Internada numa UCI: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*. 15 (2). 41-59.
- Corner, E. J., & Brett, S. J. (2014). Early identification of patients at risk of long-term critical illness-associated physical disability: is it possible? *Critical Care (London, England)*, 18(6), 629.

D,Orsi, E., Xavier, A. J., & Ramos, L. R. (2011). Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: Estudo epidioso. *Revista de Saude Publica*, 45(4), 685–692.

Damásio A. (2010). O livro da Consciência - A construção do cérebro consciente. Círculo de leitores.

Ferreira, C. (2009). Envelhecimento e Lazer: um caminho para a qualidade de vida. (Teses de Mestrado). Estudo Geral acedido a 14-04-15. Disponível em https://estudogeral.sib.uc.pt/.../1/Tese_mestrado_Cecília%20Ferreira.pdf

Ferreira, M.F.A.M. (2014). Cuidar em Reabilitação: uma experiência de Enfermagem na Comunidade. In A. Costa & M. Othero (Coord.). *Reabilitação em Cuidados Paliativos* (pp.229-237). Loures: Lusodidacta.

Ferreira, R.C. (2010). Acidente Vascular Cerebral – Itinerários Clínicos. DGS: Edições Técnicas, LIDEL.

Giaccino, J.P., Schnakers, C., Rodriguez- Moreno D., Kalmar, K., Schiff, N. & Hirsh, J. (2009). Behavioral assesement in patients with disorders of consciousness: gold standart or fool's gold?. *Progress in Brain Research*. 177(4). 33-48.

Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (2009). Acedido em 11/02/2017. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Guia-da-RNCCI.pdf>

Haines, D. E. (2006). *Neurociência Fundamental para aplicações Básicas e Clínicas*. (Vilma R.S.V. et al., trad.) (3ª ed.) Rio de Janeiro: Elsevier. (Tradução do original *Fundamental Neuroscience for Basic and Clinical Aplications*, 2006, Churchill Livingstone: Elsevier.

Hermans, G., Jonghe, B., Bruyninckx, F. & Berghe, G.V. (2008). Clinical Review: Critical illness polyneuropathy and myopathy. *Critical Care*. 12(6). 1-9.

Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.

Hoeman, S.P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação- Prevenção, intervenção e Resultados esperados*. (4ªed.). Loures: Lusodidacta.

Instituto Nacional de Estatística. (2012) Censos 2011. Acedido a 12-05-2015. Disponível em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOE_Spub_boui=73212469&PUBLICACOE_Smodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554

Instituto Nacional de Estatística. (2014) Censos 2011. Acedido a 17-11-2014. Disponível em: http://censos.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=106938&att_display=n&att_download=y.

Kovesdi, E., Gyorgy, A. B., Kwon, S.K. C., Wingo, D. L., Kamnaksh, A., Long, J. B., Agoston, D.V. (2011). The effect of enriched environment on the outcome of traumatic brain injury; a behavioral, proteomics, and histological study. *Frontiers in Neuroscience*, 5(4), 1–9.

Kralik, D., Visentin, K., & Loon, A. Van. (2006). Transition: a literature review. In Meleis, Afaf Ibrahim (2010). *Transition Theory: Middle range and situation theories in Nursing research and Praticce*. (pp. 72- 83). New York: Springer Publishing Company.

Kress, J.P. & Hall, J.B. (2014) ICU- Acquired Weakness and Recovery from Critical Illness. *New England Journal of Medicine*. 370 (17). 1626-1635.

Li, Z., Peng, X., Zhu, B., Zhang, Y., & Xi, X. (2013). Active Mobilization for Mechanically Ventilated Patients: A Systematic Review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(3), 551–561.

Lipshutz, A. K. M., Gropper, M. (2012). Early mobilization in the intensive care unit: a systematic review. *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal*. 23(1). 5–13.

Lipshutz, A. K. M., Engel, H., Thornton, K. & Gropper, M. a. (2013). Acquired Neuromuscular Weakness and Early Mobilization in the Intensive Care Unit. *Anesthesiology*. (1). 1.

- Meleis, A. I. & Trangenstein, P. A. (1994) Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. In Meleis, Afaf Ibrahim (2010). *Transition Theory: Middle range and situation theories in Nursing research and Practice*. (pp. 72- 83). New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, Afaf Ibrahim (2010). *Transition Theory: Middle range and situation theories in Nursing research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Mendes, R. M. G. & Chaves, C. A. F. (2012). Alterações da mobilidade após internamento prolongado em cuidados intensivos- a situação no Hospital Amato Lusitano. *Revista de Saúde Amato Lusitano*. 31. 6-12.
- Menoita E.C., (Coord) (2012). *Reabilitar a Pessoa com AVC - Contributos Para Um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência.
- Mesquita, A. C. (2013). Prefácio. In Menoita E.C., (Coord) (2012). *Reabilitar a Pessoa com AVC - Contributos Para Um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência.
- Minosso, J. (2012). Declínio funcional e reabilitação em cuidados paliativos: uma Revisão Integrativa. (Tese de doutoramento). Acedida a 05-01-2016. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/63759/2/Trabalho%20de%20projecto%20Jessica%20Minosso.pdf>
- Monteiro, A.C., Oliveira C., Pereira C., Almeida J., Santos J., Damas P. Cardoso T. (2013). *A Face Oculta do Coma – O Despertar do Desconhecido*. Loures: Lusociência.
- Morgado, S. & Moura, S. (2010). Fraqueza Muscular Adquirida nos Cuidados Intensivos: Sub ou Sobrediagnosticada?. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*. 19(2). 38-44.
- Mourão, M.T.C. (2014) Terapia da Fala no Hospital do Mar. In A. Costa & M. Othero (Coord.). *Reabilitação em Cuidados Paliativos* (pp.239-247). Loures: Lusodidacta in Enfermagem paliativos.

Moya, A.R., Rodriguez J.R., Gordo, J.G., Zuilen, M.V. (2009). *Técnicas de aplicação de Bandas Neuromusculares Curso Básico*. Cascais: Aneid.

Nordon-Craft, A., Moss, M., Quan, D., & Schenkman, M. (2012). Intensive care unit-acquired weakness: implications for physical therapist management. *Physical therapy*, 92(12), 1494-1506.

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos enfermeiros (2015). Estatuto da ordem dos Enfermeiros e REPE. Acedido a 29/1/17. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos enfermeiros. (2010a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. Acedido a 3/1/2014. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos enfermeiros. (2010b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 3/1/2014. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_CompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Acedido a 16/12/2016. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>

- Parry, S. M., Denehy, L., Beach, L. J., Berney, S., Williamson, H. C., & Granger, C. L. (2015). Functional outcomes in ICU – what should we be using? - an observational study. *Critical Care*, 19(1), 127.
- Petronilho, F. (2012). *AutoCuidado: Conceito Central da Enfermagem*, Coimbra: Formasau.
- Pimentel, A. (2007). A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. *Estudos de Psicologia*, 12(2), 159–168.
- Priberam (s.d.). Dicionários Priberam da Língua Portuguesa. (2008). Acedido em 10/01/17. Disponível em <https://www.priberam.pt/dlpo/>
- Puggina A.C.G. (2006) O uso da música e de estímulos vocais em pacientes em estado de coma: relação entre estímulo auditivo, sinais vitais, expressão facial e escalas de glasgow e ramsay.(Teses de Mestrado). acedido a 05-01-2016. disponível em http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-02102006-130949/publico/Ana_Claudia_Puggina.pdf
- Sá, F.R.G., Laura F., Botelho, M.A.R, Henriques, M.A.P. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar em Enfermagem*. 19(1). 31-46.
- Santos, A., Pêla J., Ferreira M.R. & Trindade N. (2014) O Papel do Enfermeiro Especialista de Reabilitação nos Cuidados Paliativos. In A. Costa & M. Othero (Coord.). *Reabilitação em Cuidados Paliativos* (pp.163-178). Loures: Lusodidacta.
- Schneider, R. H., Marcolin, D., & Dalacorte, R. R. (2008). Avaliação funcional de idoso. *Scientia Medica*, 18(1), 4–9.
- Thelan L.A., Davie, J.K., Urden, L.D. & Lough, M.E. (2008) *Enfermagem em Cuidados Intensivos – Diagnóstico e Intervenção*. (5ªed.) Loures: Lusodidacta.

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de estágio



5º CURSO DE MESTRADO
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

UNIDADE CURRICULAR:
Opção II

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

Andreia Duarte
nº 5492

Lisboa
2014



**5º CURSO DE MESTRADO
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**UNIDADE CURRICULAR:
Opção II**

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

Discente:
Andreia Duarte
nº 5492

Docente Orientador:
Vanda Marques Pinto

Lisboa
2014

“As dificuldades devem ser usadas para crescer,
não para desencorajar.

O espírito humano cresce forte no conflito”

William Ellery Channing

SIGLAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ARDS – Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECC – Equipa de Cuidados Continuados

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EMG – Eletromiograma

ER - Enfermagem de Reabilitação

EER – Enfermeiro Especialista de Reabilitação

EEER – Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

HGO – Hospital Garcia de Orta

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

MDC – Miopatia do doente crítico

MRC – Medical Research Council

NMDC- Neuromiopatia do Doente crítico

PDC – Polineuropatia do Doente Crítico

RFM – Reabilitação Funcional Motora

RMN – Ressonância Magnética

RFR – Reabilitação Funcional Respiratória

SAPE- Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SIRS- Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

UCCP – Unidade de Cuidados Continuados Palmela

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

RESUMO

O avanço científico e tecnológico tem vindo a aumentar ao longo dos tempos aumentando a qualidade dos cuidados prestados e a taxa de sobrevivência nos doentes hospitalizados com consequente aumento das limitações e/ou dependências físicas trazidas pela doença. Após a alta de uma UCI o grau de dependência da maior parte dos doentes ainda é muito elevado conferindo um impacto bastante negativo na qualidade de vida da pessoa e família. A intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação poderá atenuar as alterações da funcionalidade impostas pela doença, hospitalização e reduzir os elevados custos socioeconómicos associados através do seu papel fundamental, na prevenção e melhoria global da funcionalidade, capacitação e maximização do desempenho do doente.

As alterações da mobilidade no doente crítico por alterações neuro musculares desenvolvidas nos cuidados intensivos induzem limitações a nível sensório-motor significativas. Vários autores referem a importância da reabilitação motora e cognitiva nos doentes internados em UCI, a importância da mobilização do doente crítico o mais cedo possível e a atenuação/ redução dos fatores de risco que propiciam a instalação de alterações neuromusculares no doente crítico. Com vista á autonomia e capacitação do doente e melhor qualidade de vida deste e sua família, o enfermeiro de reabilitação deve desenvolver uma avaliação rigorosa de caráter técnico e científico de modo a implementar atividades que permitam dar resposta aos problemas de saúde observados e avaliar a sua eficácia promovendo a satisfação das necessidades humanas. Considerando a temática da alteração na mobilidade do doente crítico com alterações neuromusculares desenvolvidas nos cuidados intensivos foi delineado um projeto que permitisse desenvolver competências de enfermagem especializada em reabilitação no domínio da prestação de cuidados especializados que visem dar resposta às necessidades da pessoa, sua família e/ou cuidador tendo em conta a individualidade e complexidade do ser humano.

Partindo de 3 objetivos gerais, definiu-se objetivos específicos e atividades a desenvolver em dois contextos clínicos diferentes (contexto hospitalar e comunidade) com vista a desenvolver as competências de enfermeiro especialista de reabilitação preconizadas pela Ordem dos enfermeiros. É tido como referencial teórico a teoria de médio alcance de Afaf Ibraim Meleis, a teoria de transições que preconiza a passagem de transições saudáveis para a melhoria da qualidade de vida da pessoa, família e/ou cuidador direto. O seu contributo permite direcionar o pensamento e cuidado de enfermagem para a resolução de transições que o doente

esteja a vivenciar, facultando a este soluções para a superar de modo saudável. O percurso para a implementação do projeto é descrito no presente relatório.

Palavras-Chave: Polineuropatia, Cuidados intensivos, Fraqueza muscular adquirida, Mobilização, Enfermagem de Reabilitação

ABSTRACT

The scientific and technological advancement has over time increasing the quality of care and increasing their survival rate in patients hospitalized with consequent increase of the limitations and / or physical dependencies brought about by the disease. After discharge from an ICU the degree of dependence of most patients is still very high giving a very negative impact on quality of life of the person and the family. The intervention of specialist rehabilitation nurse could reduce the functionality changes imposed by illness, hospitalization and reduce the high socio-economic costs associated, through its key role in preventing and overall improved functionality, training and maximizing patient performance.

Changes in mobility in critically ill patients by intensive care neuromuscular disorders developed to induce limitations sensorimotor at significant level. Several authors refer the importance of cognitive and motor rehabilitation in patients admitted in ICU, the importance of the mobilization of critically ill patients as early as possible and reduction of risk factors that favor the installation of neuromuscular disorders in critically ill patients. Overlooking the autonomy and empowerment of the patient and quality of life of this and his family, the rehabilitation nurse must develop a thorough evaluation of scientific and technical character in order to implement activities that allow them to respond to health problems observed and assess their effectiveness, promoting the satisfaction of human needs in accordance with the limitations. Considering the theme of mobility impairment in critically ill patients with neuromuscular disorders developed in intensive care outlined a project that would allow developing specialized skills in rehabilitation nursing in the provision of specialized care aimed at meeting the needs of the person, their family and / or caregiver taking into account the individuality and complexity of the human being.

Starting with 3 general objectives defined specific goals and activities to be developed in two different clinical settings (hospital and community context) to develop the skills of specialist rehabilitation nurse recommended by the Order of nurses. It is taken as a theoretical framework middle range theory of Afaf Ibrahim Meleis, the theory of transitions which advocates the passage of healthy transitions to improving the quality of life of the individual, family and / or direct care. That contribution allows you to direct thinking and nursing care for the resolution of transitions that the patient is experiencing, providing the solutions to overcome this in a healthy way. The route for the implementation of the project is described in this report.

Key words: polyneuropathy, critical care, acquired muscle weakness, early mobilization, rehabilitation nursing

Índice

	Pág.
INTRODUÇÃO	10
1. ALTERAÇÕES NEUROMUSCULARES DO DOENTE CRÍTICO DESENVOLVIDAS NOS CUIDADOS INTENSIVOS	15
1.1 – Custos socioeconómicos	18
1.2 – A pessoa com alteração da mobilidade desenvolvida na UCI e a família	20
2. REABILITAÇÃO SENSORIO-MOTORA DA PESSOA COM ALTERAÇÕES NEUROMUSCULARES DESENVOLVIDAS NOS CUIDADOS INTENSIVOS	23
2.1 – Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação	21
3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	26
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERENCIAS	BIBLIOGRÁFICAS 31

ANEXOS

Anexo I – Referencial Teórico

Anexo II – Objetivos e atividades delineadas para o ensino clínico

Anexo III – Cronograma dos Ensinos Clínicos

INTRODUÇÃO

Na maioria das unidades de cuidados intensivos (UCI) o estado crítico é representado pela existência de uma doença severa onde surge a necessidade de uma abordagem multidisciplinar global, precisa, metódica e dirigida á falência orgânica em causa. A situação de gravidade por vezes induz a um período de imobilidade no leito associado ao período de ventilação mecânica e sedação, a alteração na mobilidade do doente crítico surge então associada a diferentes patologias e diferentes mecanismos fisiológicos no doente de acordo com o tratamento clínico e tipo de fármacos utilizados.

Ao longo dos tempos com o avanço científico e melhoria da medicina a sobrevivência do doente crítico aumentou substancialmente, no entanto, as limitações físicas observadas são acentuadas e ocorre a redução da qualidade de vida do doente e sua família num período de recuperação. A fase de convalescença no doente crítico torna-se assim um processo lento e árduo acarretando um elevado custo económico, pessoal e emocional para o doente e família. Consultas de follow-up realizadas após a alta hospitalar demonstram uma fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos que se apresenta como um elevado contributo para uma elevada morbilidade e reduzida qualidade de vida na pessoa e família que anteriormente esteve internada numa UCI. (Appleton & Kinsella, 2012)

Uma das alterações neuromusculares desenvolvidas nos cuidados intensivos é a polineuropatia do doente crítico. Esta afeta a força muscular dos membros particularmente nos membros inferiores de modo simétrico e na maior parte das vezes ocorre o envolvimento dos músculos respiratórios ocasionando dificuldade no desmame ventilatório. (Kress & Hall, 2014)

A pertinência de elaborar um projeto de estágio no âmbito da alteração da mobilidade no doente crítico com alterações neuromusculares desenvolvidas nos cuidados intensivos surge por interesse pessoal e social. Ao prestar cuidados de enfermagem diariamente ao doente crítico numa UCI sinto a necessidade de adquirir maior conhecimento e competência no cuidar baseando a prática na evidência científica. Ao adquirir competências de enfermeiro especialista, mais concretamente competências de enfermeiro especialista de reabilitação surge a necessidade de conhecer a importância da atuação do enfermeiro especialista para cuidar, capacitar e maximizar a funcionalidade do doente crítico com alteração da mobilidade por alterações neuromusculares desenvolvidas nos cuidados intensivos. O projeto surge para responder a questões que vagueiam na minha mente: Como a atuação do enfermeiro especialista em reabilitação pode melhorar a qualidade de vida do doente crítico com alteração na

mobilidade e sua família em processo doença? Será possível a atuação do enfermeiro especialista de reabilitação contribuir para a diminuição do tempo de internamento numa UCI? Conseguirá o enfermeiro especialista de reabilitação aumentar os ganhos em saúde e por sua vez diminuir os custos de internamento prevenindo a alteração da mobilidade no doente crítico com alterações neuromusculares desenvolvidas nos cuidados intensivos?

Não partindo apenas de um desejo pessoal e de desenvolvimento profissional, a alteração da mobilidade no doente crítico com alterações neuromusculares desenvolvidas nos cuidados intensivos assume-se como um problema real nos dias de hoje devido á diversidade de patologias e fatores que precipitam a sua incidência. Com o avanço científico e desenvolvimento da medicina a taxa de mortalidade de doentes internados na UCI tem diminuído e por sua vez a taxa de morbilidade aumentado acarretando maiores custos económicos para as instituições hospitalares e sociedade e maiores custos associados á reabilitação por um maior grau de incapacidade. As alterações na mobilidade da pessoa com alterações neuromusculares desenvolvidas na UCI traduzem-se em limitações funcionais, redução da autonomia²⁰ e qualidade de vida²¹ da pessoa e sua família alterando toda uma dinâmica sociofamiliar. (Mendes & Chaves, 2012)

O enfermeiro especialista apresenta um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem demonstrando níveis de julgamento e tomada de decisão clínica elevados tendo em conta as respostas humanas aos diferentes processos de saúde-doença. As competências comuns do enfermeiro especialista são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas independentemente da sua área de especialização denotando a capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, formação, investigação e acessoria. O domínio de competências comuns corresponde á esfera de ação do enfermeiro especialista e comporta um conjunto de competências de conduta semelhante. Dentro do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal é esperado do enfermeiro especialista o desenvolvimento de competências do exercício de uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e a promoção de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades

²⁰Hesbeen (2003) citando Malherbe refere existirem condições que devem ser preenchidas para que possa existir um diálogo entre duas pessoas: reconhecer a presença, a diferença e igualdade da pessoa; respeitar a interdição de renúncias, dominação e mentira, assumir a nossa solidão, finitude e incerteza em cultivar os valores de solidariedade, dignidade e liberdade. Um ser autónomo é aquele que todos os dias se esforça por viver segundo as suas regras de humanidade.

²¹O grupo World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) (1995) define qualidade de vida como a “perceção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Fleck, 2000, p.34)

profissionais. No domínio da melhoria contínua da qualidade o enfermeiro especialista deverá ser um elemento dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área de governação clínica, concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade e cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. No domínio da gestão dos cuidados o enfermeiro especialista gere os cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores, bem como a articulação na equipa multidisciplinar, adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando e otimizando a qualidade dos cuidados. Por último, no domínio das aprendizagens profissionais o enfermeiro especialista deverá desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e basear a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de desenvolvimento. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

No que confere às competências específicas do enfermeiro especialista de Reabilitação este deverá cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. (Ordem dos enfermeiros, 2010)

Assim de forma a compreender a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação junto da pessoa com alteração da mobilidade por alterações neuromusculares desenvolvidas nos cuidados intensivos e sua família, defino como objetivos gerais:

- ✓ Desenvolver competências de Enfermagem Especializada em Reabilitação no domínio da prestação de cuidados especializados que visem dar resposta às necessidades da pessoa, sua família e/ou cuidador tendo em conta a individualidade e complexidade do ser humano;
- ✓ Desenvolver estratégias para a elaboração e implementação de planos de intervenção especializados em reabilitação de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais da pessoa, através da promoção da mobilidade;
- ✓ Desenvolver competências comuns e específicas para a prática de Enfermagem Especializada em Reabilitação no que respeita à prestação de cuidados à pessoa com necessidades na área sensório-motor tendo em conta as componentes técnica, científica e relacional.

No sentido de dar resposta aos objetivos delineados está agendado a realização de dois ensinamentos clínicos distintos, com objetivos específicos, onde serão desenvolvidas diversas atividades que permitam o alcance das competências de enfermeiro especialista de reabilitação

preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros. A data preconizada para a realização dos dois ensinamentos clínicos encontra-se compreendida no período de 1 de Outubro de 2014 a 15 de Fevereiro de 2015. O primeiro ensino clínico realizar-se-á em contexto hospitalar no serviço de neurocirurgia do Hospital Garcia de Orta e o seguinte ensino clínico será desenvolvido na comunidade inserida na equipa de cuidados continuados da UCC de Palmela. O referencial teórico a ser mobilizado para a prestação de cuidados de enfermagem será a teoria de médio alcance, a teoria de transições de Afaf Ibrahim Meleis. Esta teoria permite direccionar e refletir a prática de enfermagem segundo as necessidades, capacidades ou dificuldades que a pessoa expressa em determinada transição do seu processo existencial. Transição é uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro estado ou condição que produz profundas alterações na pessoa e/ou pessoas significativas com importantes implicações para o bem-estar e saúde das pessoas. (Schumacher & Meleis, 1994). A transição mostra-se o resultado da resposta a uma alteração de vida, na saúde, nas relações interpessoais ou no ambiente onde a pessoa está inserida (Meleis et al., 2010). Na pessoa com alteração da mobilidade por alterações neuromusculares desenvolvidas nos cuidados intensivos surge a necessidade de readaptações às alterações impostas pelo processo saúde-doença. Um processo de transição saudável permite gerar uma readaptação e o desenvolvimento de estratégias adequadas para o autocuidado e autonomia sendo um fator fulcral num processo de reabilitação.

A fundamentação deste projeto foi obtida através de pesquisa bibliográfica metódica e transversal a todo o processo de aprendizagem suportada em livros e artigos científicos através do motor de busca Google, com recurso a bibliotecas de referência e da base de dados informática EBSCO host seleccionando nomeadamente as bases de dados: CINAHL plus with full text, MEDLINE with full text, COCHRANE e SCIELO. Os termos de pesquisa utilizados foram: polyneuropathies, critical care, critical illness, intensive care units e muscle weakness. Da pesquisa realizada foram seleccionados os artigos que sustentassem a importância crescente da temática em estudo pelo que alguns serão elencados ao longo do projeto a fim de oferecer suporte.

No presente projeto será inicialmente exposto o enquadramento teórico abordando as alterações neuromusculares adquiridas na UCI sua etiologia e custos socioeconómicos associados, bem como, uma abordagem das alterações emocionais e neurocognitivas vivenciadas pelo doente crítico e sua família. No segundo capítulo será referida a reabilitação da pessoa com alteração da mobilidade por alterações neuromusculares desenvolvidas nos cuidados intensivos, a função do enfermeiro especialista em reabilitação e as áreas distintas a

desenvolver através das atividades delineadas. No capítulo seguinte faço referência á implementação do projeto e no último capítulo são apresentadas as referências bibliográficas utilizadas. No decorrer deste trabalho serão remetidos para anexos algumas informações pertinentes, como é o caso do referencial teórico utilizado para o desenvolvimento das competências que me proponho atingir e expressão de autonomia no cuidar, os objetivos definidos e competências a desenvolver nos ensinos clínicos e o cronograma dos mesmos.

1. ALTERAÇÕES NEUROMUSCULARES DO DOENTE CRÍTICO DESENVOLVIDAS NOS CUIDADOS INTENSIVOS

Segundo Mendes et al. (2012) as alterações neuromusculares desenvolvidas na UCI não são devidas a atrofia muscular pela imobilidade no leito mas sim a neuropatias ou miopatias decorrentes da doença crítica especialmente após internamentos superiores a uma semana e devido a situações de gravidade como a sépsis, falência multiorgânica ou síndrome de dificuldade respiratória aguda (ARDS).

Lorenzo, Vilas & Montes (2006) sugerem a denominação de síndrome neuromuscular adquirido no doente crítico ao conjunto de neuropatias e miopatias desenvolvidas nos cuidados intensivos por ser uma denominação mais abrangente que não pressupõe um mecanismo particular ou uma única etiopatologia.

A polineuropatia desenvolvida nos cuidados intensivos é definida pela primeira vez em 1984 por Bolton e Cols onde os achados neurofisiológicos demonstravam a existência de polineuropatia distal sensitiva e motora e desenvolvia-se nos doentes com síndrome de resposta inflamatória sistêmica (SIRS) (Lorenzo et al., 2006). A primeira manifestação da doença é a dificuldade no desmame ventilatório e incapacidade do doente mobilizar os membros após a suspensão da sedação onde sua incidência é maior em doentes que desenvolveram sépsis e falência multiorgânica (82%), choque séptico (76%) ou falência multiorgânica (70%). (Latronico, 2003)

Segundo, Lorenzo et al. (2006) existem várias teorias para explicar a etiopatogenia da polineuropatia no doente crítico: citando Zochodne, Bolton e Wells (1987) as alterações da microcirculação produzem edema neuronal causando hipoxia nos axónios e vulnerabilidade no sistema nervoso periférico, citando Bolton e Cols (1996) as citocinas libertadas durante um processo de sépsis têm um efeito neurotóxico direto, citando Verheul e Cols (2001) estes referem não existir relação entre a polineuropatia do doente crítico (PDC) e fatores de necrose tumoral mas, segundo estes autores, fármacos como os aminoglicosídeos, relaxantes musculares não despolarizantes, *deficits* nutricionais e vitamínicos, hiperglicemia mantida, bem como, hipoalbuminémia e hiperosmolaridade demonstram a sua causalidade na PDC, citando Jonghe et al. (2002) ocorre elevada relação para o desenvolvimento de debilidade muscular e o sexo feminino, número de dias de disfunção multiorgânica, duração da utilização de ventilação mecânica e administração prévia de corticosteroides.

A Miopatia do doente crítico (MDC) foi descrita pela primeira vez em 1977 num doente do sexo feminino tratado com corticosteroides e relaxantes musculares não despolarizantes, tratando-se de uma miopatia primária por consequência de deservação muscular, com elevada incidência de valores iguais ou superiores á PDC. O diagnóstico diferencial entre a PDC e MDC é difícil e implica o recurso da eletromiografia para um diagnóstico seguro. A SIRS apresenta-se como o principal fator de risco da miopatia juntamente com outros fatores como a gravidade da doença de base, resistência á insulina, terapêutica com catecolaminas e sedativos. Fisicamente a MDC expressa-se pela quadriplegia afetando a musculatura proximal e distal acompanhada de diminuição da força dos músculos flexores do pescoço, poderá ocorrer paralisia facial com manutenção dos movimentos oculares. A sensibilidade quando possível a avaliação é normal e os reflexos osteotendinosos encontram-se geralmente diminuídos (Mendes et al., 2012)

Outro tipo de alteração neuromuscular desenvolvida nos cuidados intensivos será o bloqueio neuromuscular verificado nos doentes críticos tratados com relaxantes musculares ou bloqueadores neuromusculares não despolarizantes que apresentam uma paralisia muscular de maior duração que o esperado devido ao efeito prolongado do fármaco e sua metabolização e verifica-se paralisia muscular generalizada com arreflexia. O diagnóstico diferencial surge quando ocorre a paralisia facial e/ou paralisia dos músculos oculomotores e as alterações sensitivas são mínimas ou não existem. Os seus fatores de risco são a existência de insuficiência renal e hepática, hipermagnesiemia, acidose metabólica e uso concomitante de antibioterapia como a Clindamicina e os aminoglicosídeos. A paralisia normalmente tem a duração de duas semanas após a suspensão do fármaco e a recuperação é completa. (Mendes et al., 2012 citando Vilas et al., 2006 & Visser, 2006)

A Incidência das alterações neuromusculares no doente crítico não é bem conhecida estimando-se uma incidência entre 50% a 70% nos casos em que se desenvolve SIRS. A sua incidência aumenta a morbidade no doente, aumenta o tempo de internamento na unidade de cuidados intensivos, atrasa a alta hospitalar e no domicílio diminui a qualidade de vida do doente e sua família. Na maioria dos casos e de acordo com as alterações neuromusculares adquiridas nos cuidados intensivos, estas recuperam totalmente obrigando a um tempo elevado de recuperação, entre meses a um ano. Nos casos de maior gravidade associa-se mau prognóstico funcional. (Lorenzo et al.,2006)

Segundo Appleton et al. (2012) os fatores de risco para o desenvolvimento de alterações neuromusculares adquiridas na UCI são a existência de choque séptico ou sépsis severa,

disfunção multiorgânica, ventilação mecânica prolongada associada a períodos longos de repouso no leito, duração prolongada de SIRS e disfunção multiorgânica e hiperglicemia mantida. Segundo o mesmo autor existem também fatores possíveis de potenciar o aparecimento das alterações neuromusculares adquiridas na UCI, tais como, a idade, género feminino, criticidade da doença na admissão. As alterações neuromusculares desenvolvidas nos cuidados intensivos encontram-se classificadas em Polineuropatia no doente crítico (PDC), Miopatia no doente crítico (MDC) e Neuromiopia no doente crítico (NMDC). A polineuropatia e a miopatia frequentemente coexistem (NMDC) e quando existem separadamente não é possível distingui-las com a devida segurança. Todas elas têm apresentações clínicas semelhantes e a sua sintomatologia surge normalmente uma semana após o internamento na UCI. O diagnóstico da fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos²² surge quando ocorre:

- Existência de fraqueza muscular generalizada, simétrica e flácida, não envolvendo os nervos cranianos e desenvolvida após o internamento na UCI;
- Existência de força muscular inferior a 48, quando utilizada a escala de avaliação de força muscular da Medical Research Council²³(MRC) (em duas avaliações separadas nas 24h)
- Dependência de ventilação mecânica;
- Não existência de doença neuromuscular não subjacente á situação crítica.

O primeiro sinal de alteração neuromuscular surge com a realização de esgar de dor sem movimento dos membros após a realização de estímulo doloroso. A perda muscular é frequente e variável mas acaba por ser pouco visível pela presença de edema, na avaliação sensorial das extremidades ocorre perda da sensibilidade dolorosa, térmica e vibratória e os automatismos mantêm-se intactos. (Appleton et al., 2012)

O diagnóstico diferencial da polineuropatia desenvolvida na UCI surge a partir de uma exaustiva anamnese através do seu familiar se o doente se encontra sedado ou entubado orotraquealmente e não tem possibilidade de facultar a informação necessária. Segundo o contexto clínico é necessário realizar exames de diagnóstico como RMN cervical, estudos de

²² Segundo Appleton et al. (2012) a fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos refere a diminuição da força muscular adquirida no doente crítico onde não existe outro tipo de etiologia para além da doença crítica.

²³ A escala da Medical Research Council (MRC) determina a força muscular numa escala de 0 a 5 onde são avaliados 3 movimentos em cada membro: no membro superior, a abdução do ombro, flexão do cotovelo e extensão do punho; no membro inferior, a flexão da coxa, extensão do joelho e dorsi-flexão do tornozelo.

condução nervosa, estimulação repetitiva e EMG. O estudo de condução do nervo frênico e EMG do diafragma demonstrando o envolvimento no sistema respiratório. A biopsia muscular oferece um diagnóstico definitivo da miopatia e permite analisar as alterações nervosas secundárias à neuropatia. (Lorenzo et al.,2006)

1.1 - Custos socioeconômicos

Um internamento na UCI pelo seu grau de exigência de cuidados diferenciados, pela gravidade da doença e posterior alteração da funcionalidade e autonomia da pessoa inferem custos avultados nos períodos de hospitalização e convalescença, acarreta elevados custos para o doente, família e Sistema Nacional de Saúde. As complicações adquiridas durante o internamento e o grau de dependência na altura da alta dos cuidados intensivos obrigam a manter uma elevada necessidade de cuidados, na maioria das vezes, incompatível com o regresso ao domicílio. A rede de cuidados continuados integrados demonstra ser uma solução, no entanto, o acesso a estes nem sempre é fácil e rápido acarretando um maior tempo de internamento hospitalar e a manutenção de recursos diferenciados por muito mais tempo que o necessário. (Mendes et al., 2012)

O tratamento farmacológico tem-se mostrado inadequado, pois, no caso de alterações desmielizantes como a Miastenia Gravis e o Síndrome de Guillain-Barré a utilização de imunoglobulinas tem um efeito visível, ao contrário das alterações neuromusculares desenvolvidas na UCI. A abordagem de tratamento ou diminuição das sequelas da PDC passa pelo tratamento atempado da sépsis e SIRS instaladas e adequação de fármacos utilizados, como a sedação, analgésicos, bloqueadores neuromusculares, corticosteroides, menor utilização de ventilação mecânica e manutenção controlo da glicémia para valores abaixo de 110mg/dl. (Leyba,2006)

Os encargos sócio económicos após a passagem de situação crítica relacionam-se coma disfunção neuromuscular e desajustes neuropsicológicos. (Kress et al.,2014)

O repouso no leito e a inatividade são fatores alarmantes no cuidado de doentes críticos pois contribuem para a diminuição da força muscular, atrofia muscular, diminuição na coordenação, balanço e diminuição da funcionalidade associada a humor depressivo no doente por inadequação. Esta imobilidade também propicia outras situações desnecessárias como o aparecimento de úlceras de pressão, trombose venosa profunda ou neuropatias de compressão. Tudo poderá ser minimizado se ocorrer uma abordagem multidisciplinar onde a atuação de um programa de reabilitação desde o início do internamento na UCI passando por todo o processo

de hospitalização até à comunidade conseguindo atingir um nível máximo de funcionalidade. (Appleton et al., 2012)

Uma variedade de estratégias de reabilitação têm sido estudadas como a reabilitação motora com mobilizações passivas e ativas, o sentar, as transferências e a deambulação, a terapia ocupacional com treino das atividades de vida diária, a ergonomia com cicloergómetro, estimulação elétrica muscular, ensino de estratégias de autocuidado²⁴ e autonomia. Todas elas denotaram ganhos em saúde como a redução no tempo de ventilação mecânica, redução no tempo de internamento na UCI e hospitalizações, aumento da distância no teste de marcha, aumento da funcionalidade e autonomia e consequente melhoria da qualidade de vida do doente e família. No entanto apesar de ser uma prática *gold standart* ainda não foi claramente demonstrada e necessita de recursos humanos e físicos significativos. (Appleton et al., 2012)

1.2 – A pessoa com alteração da mobilidade desenvolvida na UCI e a família

O internamento numa UCI pelas suas características, existência de uma situação de doença grave/crítica, pela proximidade com a morte infere na pessoa e sua família marcas físicas e psicológicas bastante acentuadas. O tempo de internamento, a severidade da doença e a terapêutica utilizada (na maior parte das vezes bastante agressiva) contribuem para a deterioração do bem-estar físico e psicológico do doente e família acarretando uma nova transição de saúde-doença difícil.

Segundo Kress et al. (2014) a reabilitação do doente crítico deve iniciar-se na unidade de cuidados intensivos e continuar até ao domicílio. O acompanhamento do doente crítico até ao momento de alta hospitalar ajuda a diminuir a sobrecarga para o doente e família e/ou cuidador direto oferecendo a estes estratégias para o autocuidado e autonomia.

Num estudo de Cabral et al. (2009) os doentes que receberam alta dos cuidados intensivos após superar doenças extramente severas pagam um elevado preço pela sua sobrevivência, o grau de dependência funcional e mental são variáveis traduzindo uma incapacidade temporária ou permanente para realizar as atividades até então simples ou corriqueiras.

²⁴ Segundo Petronilho (2012), o autocuidado é entendido como a percepção, a capacidade e os comportamentos dos indivíduos em realizarem atividades destinadas à promoção e manutenção da saúde, prevenção e gestão da doença. É tido como um recurso para a promoção de saúde e gestão bem-sucedida dos processos saúde-doença, representa uma base teórica para as intervenções psico-educacionais, cognitivas e comportamentais, implica o planeamento das atividades de aprendizagem que visam o aumento do repertório de conhecimentos e habilidades dos indivíduos face à necessidade de tomar decisões decorrentes da transição que vivencia.

Após a alta da UCI os doentes críticos vivenciam alterações psicológicas e emocionais que incluem depressão, ansiedade, perda de controlo ou baixa de autoestima, solidão, isolamento, amnésia, sonhos persistentes e alucinações. Muitos deles vivenciam até mesmo *stress* pós-traumático. A incidência desta alteração psicológica é estimada entre 25% a 45% dos doentes internados sendo mais elevada nos doentes com maior grau de severidade e com maior necessidade de sedação, como os doentes com ARDS. As emoções negativas associadas ao internamento na UCI persistem durante meses a anos após a hospitalização. Quando é perguntado á pessoa a sua experiencia na UCI os sobreviventes referem uma mistura de fatos, eventos e sonhos e estes frequentemente incluem alteração de sensações e distorções corporais. As alterações neurocognitivas como a falta de atenção e memória, dificuldade na concentração, alterações visuais, diminuição da reatividade e processamento mental lentificado são vivenciadas pelo doente crítico mesmo após anos de alta de uma UCI (Gruber, 2008)

São inúmeros os fatores e situações que potenciam a dificuldade nas transições vivenciadas por um doente crítico e família pois todas as circunstâncias são bastante complexas e intensas, cabe ao enfermeiro estabelecer uma relação de ajuda segura que permita oferecer á pessoa/ família os recursos e estratégias para a correta e saudável resolução da(s) transição(ões). (Anexo I)

2. REABILITAÇÃO SENSORIO-MOTORA DA PESSOA COM ALTERAÇÕES NEUROMUSCULARES DESENVOLVIDAS NOS CUIDADOS INTENSIVOS

Mendes et al. (2012) no seu estudo sobre as alterações da mobilidade após o internamento prolongada numa unidade de cuidados intensivos refere que 90% dos doentes desenvolveram alterações da força muscular, estas alterações vão desde ligeiras a graves alterações de fraqueza muscular generalizada. Neste mesmo estudo refere uma relação positiva entre o comprometimento da força muscular e o grau de dependência da pessoa onde 80% dos doentes estudados apresentam um grau de total a grave dependência á data da alta da unidade. Este autor refere ainda que a perda de mobilidade do doente crítico é um dos problemas mais incapacitantes após a alta de uma UCI no qual estes doentes necessitam de mais de um ano para recuperar a mobilidade e funcionalidade anterior ao internamento.

As alterações neuromusculares desenvolvidas no doente crítico podem induzir no aumento de morbilidade e até mesmo aumento da mortalidade se o estabelecimento do seu diagnóstico for tardio, é essencial a implementação de medidas preventivas e intervenções terapêuticas adequadas. É importante a avaliação e o rastreio das alterações neuromusculares, quando estas são identificadas urge o tratamento multidisciplinar que inclua o tratamento eficaz da patologia de base, o suporte nutricional apropriado e o estabelecimento de um programa de reabilitação o mais cedo possível e adequado aos défices e incapacidade funcional do doente crítico. (Morgado & Moura, 2010)

Segundo Dantas et al. (2012) a atividade muscular desempenha um ação anti-inflamatória importante que se mostra bastante benéfica em doenças graves como o SDRA e a sépsis. Apenas cinco dias de repouso no leito em indivíduos saudáveis poderão ser suficientes para o aumento da resistência á insulina e á disfunção vascular. A existência de um protocolo de mobilização do doente crítico poderá ser bastante benéfico. No seu estudo, o autor refere que a existência de um protocolo de mobilização sistémica e a sua implementação o mais cedo possível permite ao doente crítico o aumento de força muscular inspiratória e força muscular periférica.

Um importante passo a desenvolver para o sucesso na implementação de um programa de mobilização o mais cedo possível passa pela necessidade de mudança de paradigmas no repouso do doente ventilado e sedado. Passa pela mudança de ideais e pela manutenção de uma cultura onde o doente crítico está acordado, a respirar espontaneamente e o foco de atenção é a

mobilização do doente. Tudo isto implica coordenação, cooperação e comunicação entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar. (Fan, 2012)

2.1 – Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação

Num estudo realizado por Mendes et al. (2012) as alterações da mobilidade por alterações neuromusculares no doente crítico expressam sobretudo a redução da força muscular simétrica traduzindo a perda de autonomia e dependência total a grave nos doentes críticos no momento da alta. Este autor refere ser clara a necessidade de um programa de reabilitação ao doente crítico o mais cedo possível procurando limitar os fatores de risco para o desenvolvimento de alterações da mobilidade, onde se pode ponderar o uso de ventilação não invasiva, quando indicado, o desenvolvimento de programas de desmame ventilatório, reabilitação respiratória e física. A continuidade dos programas de reabilitação deverão manter-se ao longo de toda a hospitalização e período de convalescença do doente assegurando as melhores práticas de cuidados, maior bem-estar dos doentes e redução das taxas de reinternamento, tempo de hospitalização e custos socioeconómicos.

Segundo França et al. (2012) um programa de reabilitação motora no doente crítico proporciona melhoria da função pulmonar e muscular e melhoria da independência funcional²⁵ acelerando o processo de recuperação e reduzindo o tempo e ventilação mecânica e internamento na UCI. Os protocolos de mobilização iniciam-se por exercícios de menor taxa metabólica como a mobilização passiva, a realização de transferências até exercícios com resistência dos membros superiores e inferiores e a utilização de cicloergómetros. A realização de um diagnóstico de situação permite direcionar as intervenções de reabilitação para a capacitação e maximização das capacidades do doente. A utilização de escalas e instrumentos de avaliação como a escala MRC que determina a força muscular do doente quando este pode colaborar, a escala de Barthel que avalia o grau de dependência da pessoa para a realização das atividades de vida diária, bem como, a Medida de Independência Funcional (MIF) que avalia a perda de funcionalidade permitem dirigir o tratamento de reabilitação. A disfunção muscular respiratória poderá ser avaliada através da avaliação contínua das pressões máximas

²⁵A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (2004) descreve a funcionalidade ser um termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação da pessoa na sua vida quotidiana e, incapacidade como um termo que inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação da pessoa. A CIF relaciona ainda os fatores ambientais que interagem com estes dois termos permitindo ao utilizador obter perfis úteis da funcionalidade, incapacidade e saúde da pessoa em vários domínios da saúde.

inspiratórias e expiratórias realizadas pelo doente e avaliação da capacidade vital do doente. O treino muscular respiratório deverá ser uma prática diária a realizar (oferecendo resistência na inspiração, permitir períodos de respiração espontânea intermitente ou suporte ventilatório mínimo). Como prevenção e tratamento das alterações neuromusculares deveram existir programas de mobilização do doente o mais cedo possível de modo a diminuir o tempo de imobilidade e atrofia muscular subsequente, como por exemplo, a mudança de decúbitos, as mobilizações passivas, as mobilizações ativas assistidas e ativas, o uso de cicloergómetro na cama, o sentar na cama, o ortostatismo, a marcha estática, a transferência para cadeirão, os exercícios no cadeirão e a marcha. A monitorização dos sistemas cardiovascular (frequência cardíaca e pressão arterial) e respiratório (padrão e sincronia ventilatório, saturação periférica de oxigénio e frequência respiratória) é fulcral durante a realização dos exercícios. O conhecimento da capacidade funcional do doente antes do internamento poderá indicar a capacidade de resposta do doente e potenciar a resposta do tratamento delineado. A escala de Borg poderá ser uma ferramenta eficaz para a avaliação da intensidade do exercício e a perceção do esforço durante as mobilizações quando o doente estiver consciente. A estimulação elétrica neuromuscular deve ser utilizada no doente crítico que não é capaz de realizar contração muscular voluntária. Esta melhora a função muscular através da estimulação elétrica dos nervos motores periféricos proporcionando contração muscular passiva, quando combinada com um programa de mobilizações melhora significativamente a força muscular comparado com a realização de mobilizações isoladamente. Em doentes com comorbilidades associadas como insuficiência cardíaca congestiva e DPOC os resultados tem sido bastante vantajosos no desempenho funcional destes doentes.

Feitoza, et al. (2014) no seu estudo de revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados ou não publicados entre 2008 e 2013 refere que estudos recentes demonstram que a mobilização de doentes ventilados mecanicamente é um procedimento seguro e viável diminuindo o tempo de internamento na UCI e o tempo total de hospitalização. Nos últimos anos cada vez mais se têm comprovado os benefícios referentes á mobilização do doente crítico gradual e contínua, melhorando a capacidade funcional do doente, onde a vantagem de existirem protocolos de mobilização permite evitar potenciais limitações funcionais em doentes específicos.

3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

A implementação do projeto será realizada em dois diferentes contextos clínicos: contexto hospitalar e contexto comunitário. O contexto hospitalar desenrolar-se-á no serviço de neurocirurgia do HGO. Este serviço é composto por 3 níveis de cuidados diferenciados dentro da valência de neurocirurgia. É composto por uma unidade de cuidados intensivos cuja lotação é de 4 camas, uma unidade de cuidados intermédios com a mesma lotação e uma enfermaria com a lotação de 15 camas. A equipa multidisciplinar é composta por enfermeira chefe, enfermeiros especialistas, enfermeiros generalistas, equipa médica, assistentes operacionais, fisiatras, fisioterapeutas, entre outros técnicos especializados de saúde. As patologias mais observadas nesta valência são os tumores cerebrais, traumatismos crânio-encefálicos, traumatismos vertebro-medulares, aneurismas cerebrais e status pós aneurismas, hemorragias cerebrais, entre outras.

A equipa de enfermeiros especialistas de reabilitação é composta por 3 enfermeiros em horário rotativo de manhãs e tardes, estão apenas escalados para os cuidados especializados de reabilitação e segundo a sua avaliação gerem as prioridades rentabilizando o tempo para os cuidados de reabilitação. Estão envolvidos em diferentes projetos de melhoria e desenvolvimento dos cuidados como Jornadas de reabilitação e outros projetos a desenvolver no serviço. Os registos são efetuados fora do contexto SAPE ressaltando a continuidade dos cuidados de reabilitação prestados.

No contexto da comunidade o projeto será implementado na unidade de cuidados continuados de Palmela. A rede nacional de cuidados continuados integrados tem como objetivo geral a prestação de cuidados continuados de saúde e apoio social que capacitem os utentes no sentido da promoção da autonomia e melhoria da funcionalidade. A equipa de enfermagem de reabilitação pretende com a sua ação aumentar a capacidade funcional da população abrangente de acordo com o seu potencial e projeto de vida e de acordo com os recursos do meio envolvente. Ao longo da sua intervenção tem constatado a existência de fatores constrangedores como a dispersão geográfica da população, a existência de apenas uma especialista em enfermagem de reabilitação e os registos informáticos não estarem parametrizados para a realidade em causa, no entanto, o contexto domiciliário tem demonstrado ser um grande potencial para a intervenção de reabilitação apelando á criatividade do profissional e á parceria com a família. A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, médicos, higienista oral, nutricionista, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta da fala, enfermeiro especialista de reabilitação e assistente técnica.

Os elementos que fazem parte da Equipa de Cuidados Continuados (ECC) da UCCP são, em simultâneo, os que fazem parte da equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). A família (utente, vizinhos, familiares, cuidadores informais) é considerada o foco de atenção e a unidade de intervenção. A referenciação dos utentes pode ser feita a partir de qualquer elemento da comunidade à ECC, como por exemplo, familiares, vizinhos, unidades do ACES, IPSS, Instituições Hospitalares, entre outros. O projeto de reabilitação é desenvolvido no domicílio através de visitas programadas. As suas intervenções incluem a monitorização e manutenção da integridade cutânea, promoção de bom estado nutricional, prevenção da imobilidade, aconselhamento em produtos de apoio, reeducação funcional sensoriomotora, entre outros. Aos utentes integrados na ECCI, num número total de 50 utentes até ao momento, é feita pelo menos uma avaliação mensal e semanalmente é realizada uma reunião de trabalho para discussão de casos, organização do trabalho de fim-de-semana, articulação interprofissional, aferição de métodos de trabalho, discussão e resolução de problemas e outros, que a equipa considere relevantes.

A metodologia a utilizar será uma metodologia descritiva com base na análise crítica e reflexiva sobre a prática clínica durante o ensino clínico, conhecimentos teórico-práticos adquiridos através da partilha de experiências e saberes com os diferentes elementos que irão constituir o processo formativo, pesquisa bibliográfica transversal a todo o processo de aprendizagem sustentada em livros técnico- científicos e artigos científicos acedidos através do motor de busca Google e da base de dados informática EBSCO Host,

A partir dos objetivos gerais foram traçados objetivos específicos que permitiram delinear atividades que pretendo realizar ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos. (Anexo II e III)

Para evidenciar a importância de uma base teórica que fundamente os cuidados de enfermagem e promova a autonomia nos cuidados de enfermagem é utilizada a teoria de médio alcance de Afaf Meleis como sustentação na prestação de cuidados de enfermagem ao doente e sua família. A existência de uma conceção teórica que direcione o nosso pensamento e atuação em parceria com o doente e sua família permite ao enfermeiro encontrar o modo adequado de resolver o problema e melhorar a qualidade de vida deste.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste projeto e pesquisa bibliográfica realizada foi possível um maior conhecimento na área de temática das alterações neuromusculares e alteração da mobilidade no doente crítico. Todos os artigos descritos neste trabalho demonstraram ser de extrema importância denotando a complexidade da etiologia das alterações neuromusculares no doente crítico e importância da atuação do EER na alteração da mobilidade do doente crítico, no entanto, destaco o trabalho desenvolvido pelos autores Mendes et al. (2012), Appleton et al., (2012) e França et al. (2012). Os primeiros autores referem a perda de mobilidade do doente crítico ser um dos problemas mais incapacitantes após a alta de uma UCI no qual estes doentes necessitam de mais de um ano para recuperar a mobilidade e funcionalidade anterior ao internamento. Os autores permite-nos assim elucidar da elevada perda de funcionalidade do doente crítico e o intenso trabalho de reabilitação a desenvolver. O trabalho desenvolvido por Appleton et al. (2012) onde os autores fazem referência á importância de uma abordagem multidisciplinar cujo programa de reabilitação (desde o início do internamento na UCI, passando por todo o processo de hospitalização até á comunidade) permitindo um nível máximo de funcionalidade, denota a relevância do EER e abordagem multidisciplinar perante o doente crítico com alterações da mobilidade. Por último gostaria de referir também a importância do trabalho desenvolvido por França et al. (2012) pelo destaque da mobilização precoce do doente crítico e descrição da vantagem da existência de protocolos de reabilitação com o intuito de atenuar alterações neuromusculares que inevitavelmente poderão surgir uma semana após o internamento do doente numa UCI, o grau de gravidade da patologia á entrada e fármacos utilizados. Gostaria que a realização deste trabalho comprovasse mais uma vez a importância da atuação do enfermeiro de reabilitação na manutenção da qualidade de vida do doente pelo aumento da funcionalidade e autonomia, a diminuição de custos para a saúde pelo menor tempo de hospitalizações e menor grau de dependência no período pós alta. Gostaria ainda de oferecer o meu contributo para o ensino clínico onde irá decorrer a aprendizagem de competências de enfermeiro especialista de reabilitação (ensino clínico hospitalar) realizando um protocolo/ guideline de boas práticas de atuação do EEER na prevenção das alterações neuromusculares do doente crítico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Appleton, R. & Kinsella, J. (2012). Intensive care unit- acquired weakness. *Continuing Education in Anesthesia, Critical Care & Pain*. 12 (2). 62-66
- Ahlbeck, K.; Fredriksson, K.; Rooyackers, O.; Maback, G.; Remahl, S.; Ansved, T.; Eriksson, L. & Radell, P.(2009). Signs of critical illness polyneuropathy and myopathy can be seen early in the ICU course. *Acta Anaesthesiol Scand*. 53. 717-723
- Bailey, Polly;- Thomsen,G. E.; Spuhler, V. J.; Blair, R.; Jewkes, J.; Bezdjian, L.; Veale, K.; Rodriquez, L. & Hopkins, R.O. (2007) Early activity is feasible and safe in respiratory failure patients. *Crit Care Med*. 35(1).139-145
- Burtin, C.; Clercky, B.; Robbeets, C.; Ferdinande, P.; Langer, D.; Troosters, T.;Hermans, G.; Decramer, M. & Gosslink, R. (2009) Early exercise in critically ill patients enhances short-term functional recovery. *Critical Care Med*. 37(9). 1-7
- Cabral, C.R.R.; Teixeira, C.; Oliveira, R.P.; Hass, J.S. & Azollin, K.O. (2009) Avaliação da mortalidade e qualidade de vida dois anos após a alta do CTI: dados preliminares de uma coorte prospectiva. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*. 21(1). 18-24
- Chick, N.& Meleis, A.I. (1986). *Transitions: A Nursing Concern*. Nursing Research methodology. Boulber, CO: Aspen Publication. 237-256. Recuperado de: <http://repository.upenn.edu/urs/9>.
- Curzel, J.; Junior, L. A. F. & Rieder, M. M. (2013) Avaliação da independência funcional após alta de terapia intensiva. *Revista de terapia intensiva*. 25 (2). 93-98
- Deem, S.; Lee, C. M. & Curtis, J. R. (2003) Acquired Neuromuscular Disorders in the Intensive Care Unit. *J Respir Crit Care Med*.168. 735-739
- Fan, E. (2012) Critical Illness Neuromyopathy and the Role of Physical Therapy and Rehabilitation in Critically Ill Patients. *Respiratory Care*. 57(6). 933-943.

- Feitoza, C. L.; Jesus, P. K. S., Novais, R.O. & Gardenghi, G. (2014). Eficácia da fisioterapia motora em unidades de terapia intensiva com ênfase na mobilização precoce. *Revista Eletrônica Saúde e Ciências*. 4 (1). 19-27.
- Félix, E. P. V. & Oliveira, A. S. B. (2010). Diretrizes para abordagem diagnóstica das neuropatias em serviço de referência em doenças neuromusculares. *Revista Neuroc*. 18 (1). 74-80
- Fleck, M. P. A. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 5 (1). 33-38.
- França, E. E. T., Patricia, F. F., Cavalcanti, F. R.; Prata, A. D. B., Aquim, M. E. E. & Damasceno, M. C. P. (2012) Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. *Revista Brasileira Intensiva*. 24 (1). 6-22.
- Gruber, N. (2008) Beyond discharge: Impairment after critical illness. *RN critical Illness*. 71 (5). 29-32
- Guimarães, J. & Silveira, F. (2008) Abordagem diagnóstica das neuropatias periféricas. *Acta Med Port*. 21 (1). 83-88
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência
- Hermans, G.; Wilmer, A.; Meersseman, W.; Milants, Ilse; Wouters, P. J.; Bobbaers, H.; Bruyninckx, F. & Berghe, G.V. (2007) Impact of Intensive Insulin therapy on Neuromuscular Complications and Ventilator Dependency in the Medical Intensive Care Unit. *J Respir Crit Care Med*. 175. 480-489
- Herridge, M. S. (2009). Building consensus on ICU- acquired weakness. *Intensive Care Medicine*. 35.1-3
- Kress, J.P. & Hall, J.B. (2014) ICU- Acquired Weakness and Recovery from Critical Illness. *New England Journal of Medicine*. 370 (17). 1626-1635

- Latronico, N. (2003). Neuromuscular alterations in critically ill patient: critical illness myopathy, critical illness neuropathy or both? *Intensive Care Med.* 29. 1411-1413.
- Leyba, C. O. (2006). Tratamiento farmacológico de las alteraciones neuromusculares en el paciente crítico. *Nutrición Hospitalaria.* 21 (3). 114-117.
- Lorenzo, A. G., Vilas, E. & Montes, J. A. R. (2006). Fisiopatología de las alteraciones neuromusculares en el paciente crítico. *Nutrición Hospitalaria.* 21(3). 96-103.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H & Schumaker, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science.* 23(1). 12-28.
- Mendes, R. M. G. & Chaves, C. A. F. (2012). Alterações da mobilidade após internamento prolongado em cuidados intensivos- a situação no Hospital Amato Lusitano. *Revista de Saúde Amato Lusitano.* 31. 6-12.
- Morgado, S. & Moura, S. (2010). Fraqueza Muscular Adquirida nos Cuidados Intensivos: Sub ou Sobrediagnosticada?. *Revista da Sociedade Portuguesa da Medicina Física e de Reabilitação.* 19 (2). 38-44.
- Nordon-Craft, A., Moss, M., Quan, D. & Schenkman, M. (2012). Intensive Care Unit-Acquired Weakness: Implications for Physical Therapist Management. *Physical Therapy.* 92 (12). 1494-1505.
- Ordem dos enfermeiros. (2010a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. Acedido a 3/6/2014. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos enfermeiros. (2010b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 3/6/2014. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Organização Mundial da Saúde (2004). CIF: Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 05-09-2014 Disponível em http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf

Pattanshetty, R. U. & Gaude, G.S. (2011). Critical Illness miopathy and polyneuropathy- A challenge for physiotherapists in intensive care units. *Indian Journal of Critical Care Medicine*. 15 (2). 78-81.

Petronilho, F. (2012). *AutoCuidado: Conceito Central da Enfermagem*, Coimbra: Formasau.

Pinheiro, A.R. & Christofoletti, G. (2012). Fisioterapia motora em pacientes internados na unidade de terapia intensiva: uma revisão sistemática. *Rev Bras Ter Intensiva*. 24 (2). 188-196.

Dantas, C. M., Silva, P. F. S., Siqueira, F. H. T., Pinto, R. M. F., Matias, S., Maciel, C., Oliveira, M. C., Albuquerque, C. G., Ramos, F. F. & França, E. E. T. (2012). Influência da mobilização precoce na força muscular periférica e respiratória em pacientes críticos. *Rev Bras Ter Intensiva*. 24 (2). 173-178.

Rodrigues, I. D., Barbosa L. S., Manetta, J. A., Silvestre, R. T. & Yamauchi, L. Y. (2010). Fraqueza muscular adquirida na unidade de terapia intensiva: um estudo de coorte. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 8 (24). 8-14.

Saxena, M. K. & Hodgson, C. L. (2012). Intensive care unit acquired Weakness. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine*. 13 (4).145-147.

Schaff, M., Beelen, A. & Voa, R. (2004). Functional outcome in patients with critical illness polyneuropathy. *Disability and Rehabilitation*. 26 (20). 1189-1196.

Schumaker, K. & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*. 26 (2). 119-126.

Soares, T. R., Avena, K. M., Olivieri, F. M., Feijó, L. F., Mendes, K. M. B., Filho, S. A. S. & Gomes, A. M. C. G. (2010). Retirada do leito após descontinuação da ventilação mecânica: há repercussão na mortalidade e no tempo de permanência na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 22 (1). 27-32.

Vincent, J. L. & Moreno, R. (2010). Clinical review: Scoring systems in the critically ill. *Critical Care*.14. 1-9.

Zagonel, I. P. S. (1999). O Cuidado Humano Transicional na Trajetória de Enfermagem. *Revista Latino-Am. Enfermagem*. 7 (3). 25-32.

ANEXOS

Para a implementação deste trabalho durante a prestação de cuidados e o desenvolvimento de competências pretendo utilizar como referencial teórico a Teoria de médio alcance das transições de Afaf Ibrahim Meleis. Muitos foram os contributos ao longo dos tempos das conceções teóricas de enfermagem. Estas direccionam o nosso pensamento e atuação e em parceria com o doente e família permitem ao enfermeiro encontrar o modo mais adequado de resolver o problema e prestar cuidados de enfermagem com qualidade. Meleis através do seu contributo da teoria das transições permite-nos direccionar o nosso pensamento e cuidado de enfermagem para a resolução de transições que o cliente esteja a vivenciar facultando a estas soluções para a superar de modo saudável. A pessoa ao longo da sua vida vai vivenciar diferentes períodos de instabilidade, períodos de transição, precipitados pelo seu desenvolvimento pessoal, situação de vida, situação de saúde/doença e meio onde está inserido.

Na vida surgem vários eventos que exigem respostas ao ser humano desencadeando momentos de instabilidade, alteração na autoestima, alteração no desempenho de papéis, ansiedade, depressão, insegurança, entre outros. O termo transição é definido como a passagem de uma fase, condição ou estado para outro e é um conceito complexo e multidimensional que embarca diferentes elementos como o processo situacional, o tempo e a perceção da pessoa. (Chick & Meleis , 1986)

Segundo Zagonel (1999) a vida em si constitui uma transição pois o complexo ciclo vital mostra-se como numa constante transformação de um estado, fase ou períodos. Assim certos aspetos da vida da pessoa são influenciados pela transição que esta vivência, a extensão e intensidade desta podem variar ao longo do tempo. As respostas de quem vivencia a transição podem ser variadas segundo condições internas e externas a esta. Uma característica bastante positiva da transição será permitir á pessoa ao ultrapassar a situação adquirir maior maturidade e estabilidade. O enfermeiro ao identificar a transição vivenciada e ajudar na sua compreensão poderá contribuir para saudável resolução desta. A transição será melhor sucedida se a pessoa conhecer o que desencadeia a mudança, como antecipar o evento, como atuar dentro da mudança.

As mudanças podem produzir profundas alterações na vida das pessoas e sua família, bem como, importantes implicações no seu bem-estar e saúde. Existem diferentes tipos de transição, as transições de desenvolvimento, situacionais, saúde/doença e organizacionais. Cada transição assume uma tipologia que é diferente para cada pessoa. Nas transições de desenvolvimento estão incluídas as diferentes etapas de desenvolvimento de uma pessoa e acabam por ser um pouco previsíveis. As transições situacionais estão relacionadas com a

educação, profissão e emigração (alguns autores inclui situações abusivas, experiências quase-morte, entre outros) e são referentes a diferentes situações de vida que a pessoa poderá vivenciar. (Schumacher & Meleis, 1994).

Nas transições saúde/doença a pessoa experimenta uma passagem de saúde/ bem-estar para um estado de doença, estas destabilizam a vida da pessoa e geram sentimentos de inadequação perante uma nova situação. Meleis refere ainda a existência de transições organizacionais que a pessoa ser social que é vivencia inserida numa organização/ sociedade. Muitas pessoas vivenciam múltiplas transições ao mesmo tempo o que por vezes dificulta a sua percepção. As transições apresentam diferentes tipos de propriedades que poderão ou não estar todas elas presentes permitindo á pessoa ultrapassar esta. São elas a consciência, o compromisso, a mudança, o intervalo de tempo e eventos críticos. (Meleis et al, 2000)

Desenvolver apoio nas transições saúde/doença e organizacionais são um papel primordial no cuidado de enfermagem. Durante o processo de transição a pessoa deve ter a percepção e o conhecimento de determinada mudança que experiêcia, ao mesmo tempo que deve procurar informações relativas a situações similares vivenciadas de modo a integrá-las num processo de consciencialização, compromisso e envolvimento. O modo como as transições se processam, influencia e é influenciado pelas percepções e significados da pessoa. Para melhor compreender um processo de transição, é fundamental conhecer as condições pessoais, sociais e comunitárias da pessoa, sendo que estas condições podem inibir ou facilitar uma transição saudável. Os padrões de resposta permitem ao enfermeiro verificar a resolução da transição: sentir-se ligado (procura de apoio, família, amigos, profissionais de saúde), interação (desenvolve, clarifica e identifica o sentido e comportamentos associados ao processo de transição, definindo estratégias favoráveis), posição e estar situado (análise e reflexão sobre experiencias anteriores em comparação com as novas estratégias), desenvolvimento de confiança e adaptação (tomada de consciência, etapas, estratégias, limitações, tratamento e utilização de recursos). (Meleis et al, 2000)

Anexo II – Objetivos e atividades delineadas para o ensino clínico

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL**A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção****A2. Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais****COMPETÊNCIA ESPECÍFICA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO****J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados**

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	CrITÉRIOS/ Indicadores de Avaliação
❖ Conhecer a organização e dinâmica dos diferentes locais de ensino clínico, a metodologia de trabalho desenvolvida e a prática de prestação de cuidados de Enfermagem Especializados de Reabilitação	<ul style="list-style-type: none">✓ Reunião com enfermeiro(a) chefe dos diferentes ensinoss clínicos com vista a conhecer a organização e dinâmica de funcionamento dos serviços, recursos materiais e humanos existentes, projetos e atividades em que os serviços se encontram envolvidos;✓ Conhecimento da equipa multidisciplinar (constituição das equipas, funções dos diferentes elementos e metodologia de trabalho);✓ Pesquisa através da consulta dos documentos: manuais e protocolos dos serviços, normas de procedimentos e Projetos de Enfermagem de Reabilitação existentes;✓ Identificação dos recursos físicos e humanos existentes de modo a mobilizá-los durante a prestação de cuidados de EER	<ul style="list-style-type: none">❖ Conhece o serviço, organização e dinâmica identificando os recursos a utilizar para as intervenções de EER;❖ Obtém as informações necessárias para uma intervenção de EER adequada, segundo a singularidade e complexidade da situação;❖ Demonstra bom relacionamento e sentido de cooperação com a equipa transdisciplinar;❖ Participa nas diferentes atividades do serviço, nomeadamente reuniões e/ou passagens de turno;❖ Planeia os cuidados de enfermagem corretamente de acordo com o funcionamento e dinâmica do serviço;

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificação das áreas clínicas e de apoio, o trajeto do doente desde a admissão até á alta/ transferência ✓ Conhecer a dinâmica e metodologia da prestação de cuidados nas diferentes áreas de atuação e colabora; ✓ Compreender a dinâmica e comunicação com a pessoa e família/cuidador em processo de doença; ✓ Integração na dinâmica e funcionamento dos ensinios clínicos e na dinâmica da equipa multidisciplinar; ✓ Esclarecer dúvidas com o(os) enfermeiro(os) orientador(res) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Utiliza adequadamente os instrumentos e equipamentos do serviço; ❖ Atua de acordo com as normas e protocolos do serviço; ❖ Demonstra iniciativa e interesse em promover o desenvolvimento da prática especializada
Duração: 30 Setembro de 2014 a 20 Outubro de 2014 (contexto hospitalar) e 8 dezembro a 4 janeiro (período na comunidade, com pausa letiva para férias de natal)		
❖ Promover uma prática profissional, ética e segura baseada nos princípios éticos e deontológicos na área de Enfermagem de Reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplicação dos princípios éticos e deontológicos da profissão e respeito pelas preferências do doente e família na tomada de decisão de EER; ✓ Respeito pelos direitos humanos, escolha e autodeterminação do doente e família na tomada de decisão de EER; ✓ Elaboração de planos de intervenção de enfermagem de reabilitação atendendo á singularidade e complexidade da pessoa e família/ cuidador 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Desenvolve intervenções EER baseadas na responsabilidade profissional, princípios éticos e deontológicos ❖ Desenvolve estratégias de resolução de problemas em parceria com o doente e sua família/ cuidador ❖ Análise reflexiva escrita da sua atuação e intervenções realizadas nos diferentes ensinios clínicos
Duração: 30 Setembro 2014 a 15 Fevereiro 2014		

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao doente com enfoque na alteração da mobilidade por alterações neuromusculares desenvolvidas nos cuidados intensivos tendo por base a complexidade e individualidade da pessoa, família e situação de doença. ❖ Desenvolver competências que permitam a prestação de cuidados de ER ao doente com enfoque na alteração da mobilidade por alterações neuromusculares desenvolvidas nos cuidados intensivos na área sensitivo-motora e família visando a autonomia e qualidade de vida do doente ❖ Promover a autonomia da pessoa com alteração da mobilidade e sua família, com enfoque na promoção da mobilidade, acessibilidade e participação social 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mobilização dos conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares complementando-os com pesquisa bibliográfica, protocolos e normas dos ensinos clínicos; ✓ Utilização do processo clínico do doente, colheita de dados e exames complementares de diagnóstico; ✓ Avaliação da capacidade funcional e potencial de reabilitação do doente a nível sensório-motor e cognitivo utilizando as escalas de avaliação mais adequadas para a situação; ✓ Identificação de fatores facilitadores ou inibidores que influenciam a funcionalidade da pessoa; ✓ Elaboração e implementação de planos de intervenção de EER individualizados com vista á diminuição da limitação, promoção da autonomia e qualidade de vida ✓ Participação nas intervenções de ER em conjunto e/ou supervisão do enfermeiro orientador, de modo a compreender a atuação do EEER na melhoria dos cuidados de enfermagem; ✓ Formular diagnósticos de enfermagem; ✓ Estabelecer prioridades e definir objetivos ✓ Autoavaliação dos conhecimentos teórico-práticos adquiridos nas diferentes UC e pesquisa bibliográfica, recorrendo á evidência científica de modo a retificar as 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Reflete a sua intervenção de EEER, postura e atuação realizando diários de aprendizagem ❖ Mobiliza os conhecimentos teórico-práticos adquiridos ao longo do curso ❖ Conhece e utiliza as normas e procedimentos dos diferentes ensinos clínicos ❖ Demonstra uma atitude terapêutica e segura durante as intervenções de ER desenvolvidas ❖ Identifica as potencialidades da pessoa e sua família em processo de doença ❖ Elabora e reelabora um plano de intervenções de ER adequado às necessidades da pessoa e sua família de acordo com a individualidade e complexidade da situação ❖ Desenvolve intervenções de ER com base na evidência científica visando a melhoria dos cuidados ❖ Garante a continuidade dos cuidados de ER através da elaboração de registos precisos e completos e articulação com os serviços/ instituições ❖ Presta cuidados de ER inseridos na equipa multidisciplinar baseados na evidência
--	--	--

	<p>necessidades sentidas e melhorar a qualidade continua dos cuidados prestados;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Desenvolver estratégias para a identificação de fatores, situações ou recursos que poderão ser facilitadores/nocivos para o processo de doença da pessoa e sua família; ✓ Identificar o grau de consciência, expectativas e envolvimento da pessoa e família no processo de doença ✓ Desenvolver intervenções de ER para a promoção do envolvimento do doente e família no processo de doença ✓ Caracterizar a transição ou transições vivenciadas pela pessoa e família em processo de doença ✓ Identificar o potencial de reabilitação da pessoa em processo de doença ✓ Desenvolver estratégias de ER para a capacitação e maximização da autonomia e qualidade de vida da pessoa em processo de doença ✓ Implementar programas de RFR e RFM ao doente ✓ Implementar um protocolo de mobilização no doente crítico com vista na prevenção da alteração da mobilidade do doente crítico por alterações neuromusculares desenvolvidas nos cuidados intensivos 	<p>científica e orientados para a melhoria dos cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ As intervenções de ER desenvolvidas são orientadas para as necessidades do familiar e/ou cuidador direto ❖ Orienta, ensina e treina a pessoa, família e/ou cuidador direto de modo a potenciar e maximizar as capacidades individuais da pessoa ❖ A pessoa em processo de doença tenha recuperado a total ou ligeira funcionalidade ou tenha adquirido alternativas adaptáveis ❖ Ter procurado evidência científica que fundamente a intervenção de ER desenvolvida ❖ Ter aplicado adequadamente as escalas adequadas para a avaliação da alteração de mobilidade no doente com alterações neuromusculares desenvolvidas nos cuidados intensivos ❖ Elabora planos de intervenção de EER implementando-os de acordo com a
--	--	---

	✓ Desenvolver competências de RFM e RFR com enfoque na alteração da mobilidade do doente crítico por alterações neuromusculares desenvolvidas nos cuidados intensivos;	individualidade e potencial de reabilitação do doente ❖ Avalia a eficácia das intervenções de EER planeadas reformulando ou adaptando-as sempre que necessário
--	--	---

Duração: 6 Outubro 2014 a 7 Dezembro 2014 (contexto hospitalar) e 29 Dezembro a 15 de Fevereiro de 2015 (contexto comunitário)

RECURSOS HUMANOS:

- Doente, família e/ou cuidador direto
- Enfermeiro-chefe (coordenador) dos diferentes ensinos clínicos
- Docente orientador da ESEL
- Enfermeiro orientador
- Equipa EER e restante equipa multidisciplinar

RECURSOS MATERIAIS:

- Livros Técnico-Científicos e Artigos científicos
- Código deontológico do enfermeiro
- Legislação
- Normas e protocolos dos diferentes ensinos clínicos
- Escalas e outros instrumentos de avaliação
- Processo clínico do doente

RECURSOS FÍSICOS:

- Serviço de Neurocirurgia do HGO
- ACES –UCCP

COMPETENCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO DOMINIO DA MELHORIA DA QUALIDADE**B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade****B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro****COMPETÊNCIA ESPECIFICA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO****J1. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania**

❖ Reconhecer o papel do EER na melhoria da qualidade dos cuidados nos diferentes ensinos clínicos	✓ Observação e colaboração de estratégias desenvolvidas e intervenções implementadas pelo EEER no âmbito da RFR e RFM, com enfoque no doente com alterações neuromusculares desenvolvidas nos cuidados intensivos; ✓ Observação e colaboração nas intervenções de EER na articulação com outros serviços e comunidade visando a continuidade de cuidados; ✓ Promover o desenvolvimento da prática especializada, nomeadamente da enfermagem de reabilitação	❖ Compreende a função do EER na equipa enquanto membro cuidador, formador e gestor da equipa
❖ Promover um ambiente terapêutico e seguro, com o intuito do estabelecimento de uma relação de ajuda fundamentada nos	✓ Respeito pela individualidade e vontade da pessoa no seu processo de doença respeitando a sua oposição e/ou indiferença;	❖ Reflete a sua intervenção de EEER, postura e atuação e realiza diários de aprendizagem

<p>princípios éticos e deontológicos da profissão de enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Definir estratégias para o desenvolvimento de uma relação terapêutica e de ajuda de modo a potencializar as capacidades da pessoa em processo de doença; ✓ Desenvolver uma atitude calma, disponível e segura que permita a expressão de sentimentos e preocupações; ✓ Identificar as barreiras e dificuldades de comunicação, ✓ Encorajar o doente para a autonomia e o autocuidado através da toma de decisão no seu processo de doença ✓ Comunicação clara e assertiva fornecendo a informação necessária para o estabelecimento de uma relação terapêutica, validando toda a sua intervenção 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mobiliza os conhecimentos teórico-práticos adquiridos ao longo do curso ❖ Adesão da pessoa e sua família no processo de doença ❖ A pessoa e família melhora a sua condição emocional e psicológica no seu processo de doença ❖ O cuidador direto encontra o apoio na resposta do ER às necessidades expressadas ❖ Continuidade da relação terapêutica com aprofundamento da entrega e receptividade do doente e sua família no programa de reabilitação
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Desenvolver competências que permitam prestar cuidados de ER ao doente crítico com alteração da mobilidade por alterações neuromusculares desenvolvidas nos cuidados visando a maximização do seu potencial com responsabilização inclusiva do doente e família 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover momentos educativos á pessoa e família facilitadores do processo de capacitação da pessoa com doença estimulando a capacidade de adaptação da pessoa no processo de saúde /doença ✓ Demonstrar disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas; ✓ Promover informação para a utilização de produtos de apoio, ajudas técnicas ou produtos de compensação, se necessário 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Presta cuidados de ER inseridos na equipa multidisciplinar baseados na evidência científica e orientados para a melhoria dos cuidados ❖ Utiliza os recursos e produtos de apoio existente adequadamente ❖ Realiza registos ER completos e adequados á continuidade dos cuidados

❖ Capacitar o doente e família/ cuidador para o autocuidado e crescente autonomia	✓ Orientar a pessoa e família para a aquisição de apoios sociais se necessário ✓ Incorporar o plano de intervenções de ER no restante plano terapêutico	❖ Demonstra evolução de destreza na realização das técnicas específicas de RFM e RFR ❖ Desenvolve competências de RFM e RFR com enfoque na alteração da mobilidade por alterações neuromusculares desenvolvidas nos cuidados intensivos; ❖ Implementa programas de RFR e RFM ❖ Implementa um protocolo de mobilização no doente crítico com vista na prevenção da alteração da mobilidade por alterações neuromusculares desenvolvidas nos cuidados intensivos
---	--	---

Duração: 6 Outubro de 2014 a 7 Dezembro de 2014 (contexto hospitalar) e 29 Dezembro a 15 de Fevereiro de 2015 (contexto comunitário)

RECURSOS HUMANOS:

- Doente, cuidador direto e família
- Enfermeiro orientador
- Equipa EER
- Restante equipa multidisciplinar
- Docente orientador da ESEL

RECURSOS MATERIAIS:

- Livros Técnico-Científicos e Artigos científicos
- Normas e protocolos dos diferentes campos de estágio
- Escalas e outros instrumentos de avaliação da funcionalidade
- Produtos de apoio
- Processo clínico do doente

RECURSOS FÍSICOS:

- Serviço de Neurocirurgia
- ACES- UCCP

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DO DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

C1. Gere os cuidados otimizando as respostas da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar

C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

❖ Participar na gestão dos cuidados de enfermagem de Reabilitação inseridos numa equipa multidisciplinar, no doente com alteração da mobilidade adequados aos recursos existentes e visando a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados.	✓ Desenvolver intervenções de ER que identifiquem as necessidades de atuação do ER no contexto hospitalar e da comunidade ✓ Reformular o plano de intervenção de ER de acordo com a avaliação e evolução do processo de saúde/ doença da pessoa	❖ Participa na tomada de decisão inserida na equipa multidisciplinar ❖ Conhece os recursos dos diferentes ensinamentos clínicos e sabe utilizá-los; ❖ Tem uma atitude ponderada e assertiva na tomada de decisão;
---	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover a continuidade de intervenções de ER conferindo visibilidade da atuação especializada do ER; ✓ Desenvolver intervenções de ER que sustentem o desenvolvimento de programas de treino motor e cardio-respiratório que maximizem a funcionalidade da pessoa em processo de doença ✓ Realizar períodos de autoavaliação das necessidades de formação sentidas, no âmbito da ER, ao longo dos diferentes ensinos clínicos; ✓ Desenvolver comportamentos de autonomia e responsabilidade permitindo ao longo dos ensinos clínicos um aumento crescente do numero de doentes a cuidar, bem como, um aumento crescente da complexidade de intervenções de ER; ✓ Avaliar a necessidade de referenciação para outros prestadores de cuidados de saúde; ✓ Desenvolver intervenções de ER no processo de transferência do doente e família articulando-se com outros serviços/ instituições ✓ Perspetivar a alta da pessoa 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Utiliza os instrumentos em vigor de cada ensino clínico para a adequada transmissão de informação; ❖ Dá resposta às diferentes situações que surgem ao longo do processo de doença da pessoa e família nos diferentes contextos de ensino clínico ❖ A pessoa e família transmitem segurança nas transições entre contextos de prestação de cuidados
❖ Desenvolver intervenções de Enfermagem de Reabilitação ao doente e família com enfoque na alteração da mobilidade por	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaborar programas de treino na área de ER; ✓ Realizar mobilizações passivas, passivo-ativas e ativas, posicionamentos terapêuticos e de conforto, entre outros; 	❖ Presta cuidados de ER baseados na evidência científica dirigidos para a melhoria dos cuidados no seio da equipa multidisciplinar

<p>alterações neuromusculares desenvolvidas nos cuidados intensivos promovendo o autocuidado e a maximização das capacidades funcionais</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Articular técnicas específicas de RFR e RFM sensorial e motora ✓ Realizar o treino do doente e família em processo de doença com maior enfoque na RFM; ✓ Promover a mobilidade e maximizar o desempenho da pessoa e família com enfoque nas alterações da mobilidade por alterações neuromusculares desenvolvidas nos cuidados intensivos ✓ Avalia e reformula os programas de ER estabelecidos de acordo com os resultados obtidos 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ As intervenções de ER desenvolvidas são orientadas para as necessidades do familiar e/ou cuidador direto ❖ Orienta, ensina e treina a pessoa e família de modo a maximizar o desempenho tendo em conta os objetivos pessoais da pessoa ❖ Ocorreu melhoria na condição física, emocional e psicológica da pessoa e família ❖ A pessoa em processo de doença tenha recuperado a total ou ligeira funcionalidade ou tenha ❖ O cuidador direto tenha encontrado o apoio na resposta às necessidades expressadas adquirido alternativas adaptáveis ❖ Promove a saúde e a reabilitação da pessoa e previne lesões
<p>Duração: 6 Outubro de 2014 a 7 Dezembro de 2014 (contexto hospitalar) e 29 Dezembro a 15 de Fevereiro de 2015 (contexto comunitário)</p>		
<p>RECURSOS HUMANOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doente, cuidador direto e família • Enfermeiro orientador • Equipa EER • Restante equipa multidisciplinar 		

- Docente orientador da ESEL

RECURSOS MATERIAIS:

- Livros Técnico-Científicos e Artigos científicos
- Normas e protocolos dos diferentes campos de estágio
- Escalas e outros instrumentos de avaliação
- Produtos de apoio
- Processo clínico do doente

RECURSOS FÍSICOS:

- Serviço de Neurocirurgia
- ACES- UCCP

COMPETENCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DO DOMINIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

COMPETÊNCIA ESPECIFICA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

❖ Aperfeiçoar a capacidade reflexiva e o autoconhecimento assegurando a crescente autonomia e segurança durante a prestação	✓ Reflexão e análise crítica da prestação de cuidados de enfermagem especializados de Reabilitação com o EER e docente orientador;	❖ Reflete várias situações de aprendizagem que vai vivenciando evidenciando as aprendizagens resultantes
---	--	--

de cuidados de enfermagem especializados de reabilitação nos diferentes ensinoss clínicos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reconhecer os fatores facilitadores e/ou limitadores, pessoais e profissionais para o processo de aprendizagem ✓ Gestão de sentimentos e emoções visando uma resposta mais adequada á situação de aprendizagem ✓ Elaboração de diários de enfermagem das intervenções realizadas, experiências e sentimentos vivenciados e atitudes desenvolvidas 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Fundamenta corretamente as decisões tomadas e intervenções desenvolvidas nos vários contextos de ensino clínico ❖ Identifica as suas dificuldades, ultrapassa estas melhorando a sua atuação e aceita a crítica construtiva
❖ Aprofundar conhecimentos sobre a área de especialização e da temática da alteração da mobilidade no doente com alterações neuromusculares desenvolvidas nos cuidados intensivos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Articulação dos conhecimentos teórico-práticos, da evidência científica com as intervenções de ER visando a melhoria dos cuidados ✓ Dialogar com o enfermeiro orientador e restante equipa de reabilitação de modo a obter o feedback da minha atuação ✓ Realizar pesquisa bibliográfica e pesquisa de artigos científicos suportando a prática clínica na evidência científica; ✓ Promoção em contexto de ensino clínico de situações facilitadoras de aprendizagem na área de reabilitação 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Descreve as fontes de conhecimento e instrumentos utilizados para adquirir conhecimentos ❖ Demonstra conhecimentos e aplica-os no desempenho de intervenções ER seguras e competentes ❖ Promove a aprendizagem e o desenvolvimento de competências na área de ER ❖ Utiliza as oportunidades de aprendizagem e toma iniciativa nas diferentes situações de aprendizagem do ensino clínico
Duração: 30 Setembro 2014 a 18 Fevereiro 2014		

Anexo III- Cronograma dos Ensinos Clínicos

CRONOGRAMA DO ENSINO CLINICO

[illegible]

cuidados visando a maximização do seu potencial com responsabilização inclusiva do doente e família																			
Capacitar o doente e família/ cuidador para o autocuidado e crescente autonomia																			
Participar na gestão dos cuidados de enfermagem de Reabilitação inseridos numa equipa multidisciplinar, no doente com alteração da mobilidade adequados aos recursos existentes e visando a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados.																			
Desenvolver intervenções de Enfermagem de Reabilitação ao doente e família com enfoque na alteração da mobilidade por alterações neuromusculares desenvolvidas nos cuidados intensivos promovendo o autocuidado e a maximização das capacidades funcionais																			
Aperfeiçoar a capacidade reflexiva e o autoconhecimento assegurando a crescente autonomia e segurança durante a prestação de cuidados de enfermagem especializados de																			

reabilitação nos diferentes ensinos clínicos																			
Aprofundar conhecimentos sobre a área de especialização e da temática da alteração da mobilidade no doente com alterações neuromusculares desenvolvidas nos cuidados intensivos																			

Apêndice II – Planos de Cuidados



5º CURSO DE MESTRADO
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

UNIDADE CURRICULAR:
Projeto de Estágio

Plano de Cuidados

Aluno: Andreia Duarte, nº 5492

Docente: Professora Vanda Marques

Orientador: [REDACTED]
(Serviço Neurocirurgia, [REDACTED])

Lisboa
2014

História clínica:

Sr. F.C.L. doente do sexo masculino, melanodérmico, natural de São Tomé, de férias a residir na casa da Irmã, independente nas AVDs, com antecedentes pessoais de Hipertensão Arterial não efetuando qualquer tipo de medicação para tal, hábitos etanólicos esporádicos e sem alergias conhecidas.

Inicia de forma súbita, em contexto de situação de tensão/ansiedade (conhecimento de notícias negativas de um familiar) um quadro de depressão do estado de consciência, mutismo, assimetria facial com diminuição da força e sensibilidade no hemicorpo direito. Apirético, sem episódios prévios semelhantes, é conduzido ao hospital por crise hipertensiva e ativada Via Verde AVC. À chegada do hospital o Sr. F.C.L. encontrava-se prostrado, com abertura espontânea dos olhos, ao estímulo tátil e verbal vigoroso, localizando a dor. Em mutismo, apresentava isocória e pupilas isorreativas, hemianopsia homónima direita, desvio oculocéfálico preferencial para a esquerda, hemihipostesia álgica facial direita, parésia facial direita do tipo central, hemiplegia flácida hiporreflexica direita, hemihipostesia álgica direita marcada, sem sinais meníngeos.

Após realizar TAC CE é diagnosticado AVC Cerebral Profundo hemisférico esquerdo presumivelmente hipertensivo com efeito massa e desvio da linha média. É realizada craniectomia descompressiva fronto-temporo-parietal esquerda com acondicionamento da calote craniana na cavidade abdominal e colocado sensor de PIC a 31/7/2014.

Internamento:

31/7/2014 – Mantém sedação com propofol e fica conectado a prótese ventilatória desde a intervenção cirúrgica, hemodinamica e eletricamente estável com necessidade de perfusão de Labetalol e DNI.

1/8/2014 – Apresenta valores tensionais aumentados e de difícil controlo e inicia perfusão de Remifentanil.

2/8/2014 – Sedoanalgesiado com Propofol e Remifentanil, sem reação á dor, hemodinamicamente estável sem aporte de Labetolol. Realiza TAC que revela hematoma intracerebral esquerdo com desvio da linha média aproximadamente de 3,5mm.

16/8/2014 – Realiza TAC CE onde se verifica volumosa coleção subcutânea hipodensa em toda a extensão da craniectomia descompressiva sem grande efeito de massa sobre o parênquima.

23/8/2014 – Suspende sedação, mantém Labetalol e DNI para controle tensional e é extubado orotraquealmente, sem sucesso por presença de estridor associado a presença de secreções abundantes.

25/8/2014 – Realização de traqueotomia.

26/8/2014 – Verificam-se episódios de mioclonias do membro superior direito e inicia perfusão de Valproato de Sódio com efeito.

3/9/2014 – Abre os olhos espontaneamente, encara o observador, mobiliza espontaneamente o hemicorpo esquerdo, parece cumprir ordens simples, não emite sons e realiza desmame da sedoanalgesia.

5/9/2014 – Sem sedação, realiza abertura espontânea dos olhos, encara o observador, não cumpre ordens e não emite sons

6/9/2014 – Mobiliza espontaneamente o hemicorpo esquerdo.

26/9/2014- Ocorre episódio de polipneia, taquicardia e dessaturação com broncospasmo, inicia sedação e ventilação invasiva. Rx Tórax com atelectasia do pulmão direito. Agravamento da função renal.

30/9/2014- Realiza broncofibroscopia, observa-se granulomas de pequenas dimensões, malácia a condicionar fácil colapso posterior da traqueia e brônquios principais.

4/10/2014 – Sem sedação desde de 1/10/2014, ventilado em PC, com estímulo respiratório e reflexo de tosse presentes, Auscultação Pulmonar: Murmúrio vesicular diminuído nas bases e rncos dispersos. Não abre os olhos espontaneamente, não reage á dor, com isocória e pupilas isoreativas. Melhoria da função renal.

11/10/2014 – Abre os olhos espontaneamente, não segue o observador, reage em extensão á dor, mantém isocória e pupilas isoreativas.

13/10/2014 - Abre os olhos espontaneamente, encara o observador por períodos, reage com movimentos de fuga nos membros inferiores e reação mínima aos estímulos dolorosos nos membros superiores. Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular simétrico globalmente rude, rncos dispersos. RX Tórax: Hipotransparência difusa mais acentuada no lobo médio do pulmão direito.

15/10/2014 – Neurologicamente sobreponível. Colocada drenagem torácica com saída de 200 cc de líquido turvo com cheiro fétido.

Neuroavaliação: (realizada a 14/10/2014)

- ✓ **Estado Mental:** Doente com score 7 na escala Glasgow (abre os olhos espontaneamente aos estímulos externos, discreta lateralização da cabeça para a esquerda, com extensão ao estímulo doloroso nos quatros membros e resposta verbal inexistente).
- ✓ **Pares cranianos:** dirige o olhar tenuemente, apresentando períodos de olhar vago, apresenta pupilas isoreativas com isocória (diâmetro 4mm). Os nervos trigémio, vago e espinhal não é possível avaliar pela dificuldade na colaboração com o doente, restantes pares cranianos não avaliados por impossibilidade de resposta verbal e colaboração do doente.
- ✓ **Motricidade:** Força Muscular, grau 1, na Escala de Lower (com contração e sem movimento nos 4 membros). Tónus muscular, com espasticidade grau 1, no membro superior direito, segundo a escala modificada de Ashworth (Leve aumento do tónus muscular manifestado por tensão momentânea ou resistência mínima no final da amplitude articular, aquando da flexão ou extensão), restantes segmentos sem espasticidade. Coordenação motora não é possível avaliar.
- ✓ **Sensibilidade:** Hipostesia no hemicorpo direito (diminuição da sensibilidade tátil), sensibilidade térmica não avaliada pela não colaboração do doente, avaliação dolorosa (realizada barestesia nas extremidades distais dos 4 membros, doente reagiu com fuga á dor, nas quatro extremidades, sensibilidade vibratória, sensibilidade postural e sentido estereognóstico não avaliado por impossibilidade de resposta do doente.
- ✓ **Marcha e equilíbrio:** não avaliados por estado de consciência, Glasgow=7 e impossibilidade de colaboração do doente.

Avaliação da Função Respiratória:

Doente ventilado em Pressão controlada, Pressão inspiratória 25 cmH₂O, Peep 5 cmH₂O, FiO₂ 50%, FR 14 cc/min.

- ✓ **Auscultação Pulmonar:** Murmúrio vesicular diminuído nas bases e hemitoráx direito, apresenta secreções hemato-purulentas espessas em grande quantidade.
- ✓ **Rx tórax:** Hipotransparência difusa, mais acentuada no lobo inferior e médio do pulmão direito.

Avaliação Funcional:

Para a avaliação funcional foi utilizado como instrumento de avaliação a medida de independência funcional (MIF) e o Índice de Barthel. Utilizando a escala MIF, quanto ao nível de dependência para a realização da tarefa, o doente apresenta dependência completa com assistência total. Na capacidade de desempenho da mobilidade, autocuidado e continência, segundo a Escala de Barthel, apresenta grau de dependência total. Por existir um grau de dependência total e completo, foi utilizada a escala de Braden, para avaliar o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão. Segundo esta, por score 11, o doente apresenta elevado risco para alteração da integridade cutânea.

Intervenções de Enfermagem:

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções	Resultados esperados
Consciência alterada, em grau elevado	<ul style="list-style-type: none">• Monitorizar o estado de consciência segundo a escala de Glasgow;• Promover a recuperação da consciência através de atividades de estimulação no coma como: odores familiares fortes (perfume, café, creme), sons familiares (música, voz do familiar), estimulação tátil com diferentes texturas, imagens visuais (fotografias);• Estimular a comunicação verbal e não-verbal• Estimular a sensibilidade proprioceptiva através de mobilizações passivas dos diferentes segmentos corporais e posicionamento• Providenciar um ambiente calmo e de apoio à pessoa evitando estímulos desnecessários;• Manter campo de visão do doente alargado, na posição de sentado, de forma a procurar estímulos;• Elevar a cabeceira;• Comunicar com o doente durante a realização das atividades (linguagem simples, clara e objetiva);• Incentivar o doente a participar na realização das atividades, através da estimulação visual e proprioceptiva);	<ul style="list-style-type: none">✓ Avaliar a consciência e cognição de modo a estabelecer atividades de estimulação da consciência e cognição adequados.✓ Estimulação da consciência e cognição no doente✓ Estimulação da comunicação e compreensão;✓ Estimulação neuro-sensorial;✓ Estimulação para a participação nas atividades.
Avaliação		
Dia 8/10/14:		

Score 4 na Escala de Glasgow, ao estímulo doloroso, a resposta verbal é nula, sem abertura dos olhos e responde com extensão dos 4 membros, com isocória e pupilas isoreativas; Antes de qualquer procedimento foi facultada informação ao doente acerca do mesmo, de forma pausada, clara e objetiva, procurando estimular o doente a responder. Todas as atividades praticadas com o doente foram acompanhadas por estimulação sensorial, auditiva e visual. Doente sem qualquer tipo de resposta aos estímulos externos.			
Dia 10/10/14:			
Score 4, sobreponível á avaliação anterior. Antes de qualquer procedimento foi facultada informação ao doente acerca do mesmo, de forma pausada, clara e objetiva, procurando estimular o doente a responder. Todas as atividades praticadas com o doente foram acompanhadas por estimulação sensorial, auditiva e visual. Doente sem qualquer tipo de resposta aos estímulos externos.			
Dia 14/10/14:			
Score 7, sem resposta verbal, abertura espontânea dos olhos, extensão dos membros inferiores aos estímulos dolorosos. Antes de qualquer procedimento foi facultada informação ao doente acerca do mesmo, de forma pausada, clara e objetiva, procurando estimular o doente a responder. Todas as atividades praticadas com o doente foram acompanhadas por estimulação sensorial, auditiva e visual. Doente sem qualquer tipo de resposta aos estímulos externos.			
Dia 22/10/14:			
Score 8, sem resposta verbal, abertura espontânea dos olhos, flexão do membro superior esquerdo aos estímulos dolorosos. Antes de qualquer procedimento foi facultada informação ao doente acerca do mesmo, de forma pausada, clara e objetiva, procurando estimular o doente a responder, com aceno de cabeça e outras formas de comunicação não-verbal principalmente com o olhar. Foi incentivado a manter contato visual com o enfermeiro, que doente colaborou por pequenos períodos. Durante as manobras de mobilização, foi incentivado a olhar para os membros superiores. Contudo doente olha e apresenta de imediato um olhar vago.			
Hipóxia, Risco de Hipóxia	• Monitorização de sinais vitais (TA, FC, FR, SpO2);		✓ Promover uma ventilação adequada;
	• Vigiar e monitorizar o padrão respiratório do doente (tipo, simetria, profundidade, presença de ruídos adventícios e avaliação do murmúrio vesicular através auscultação pulmonar;		✓ Despiste de alterações significativas;
	• Realização de auscultação pulmonar;		✓ Gasimetria arterial com valores normais
	• Otimizar traqueotomia;		✓ Realizar auscultação pulmonar e despiste de complicações/alterações pulmonares;
			✓ Aumentar força dos músculos respiratórios, através da RFR

	•Otimizar a ventilação através de técnica de posicionamento	✓ Prevenção de complicações da imobilidade;
	•Realizar programa de reabilitação Motora Respiratória através de cinesiterapia respiratória com:	✓ Favorecer a relação perfusão/ventilação, com alterância de decúbitos;
	- Manobras acessórias (percussão, compressão e vibração);	✓ Melhorar a ventilação/perfusão, através de uma <i>toilette</i> brônquica eficaz;
	- Drenagem postural modificada;	✓ Melhorar a sincronia ventilatória;
	- Abertura costal seletiva/global;	
	-Terapêutica de posição para favorecer drenagem e impedimento de formação de aderências do derrame pleural	
	•Executar ventilação com ressuscitador manual para otimizar limpeza das vias aéreas	
	•Executar inaloterapia através de inalador para otimizar expansão pulmonar	
Avaliação		
Dia 8/10/14:		
Sinais vitais: TA= 115/66 mmHg; FC= 80 bpm; SpO2 = 100%, FR= 20 c/m. Conectado a prótese ventilatória (PC=25, Peep=5, FiO2=50%) ritmo regular, amplitude normal e tipo toraco-abdominal.		
Auscultação pulmonar revela roncocal na zona do lobo superior e lobo médio do pulmão direito, lobo superior e inferior do pulmão esquerdo. Diminuição do murmúrio vesicular nas bases, mais acentuado e extenso no pulmão direito.		
Apresenta secreções hemato-purulentas espessas em abundante quantidade, com cheiro fétido, com presença de rolhões de cor acastanhada de grandes dimensões. Realizada cinesiterapia sem intercorrências, com tolerância do doente, após fica posicionado no decúbito semi-dorsal esquerdo para impedir formação de aderências intrapleuríticas de derrame pleural á direita.		
Dia 10/10/14:		
Sinais vitais: TA= 153/90 mmHg; FC= 86 bpm; SpO2 = 100%, FR= 18 c/m. Conectado a prótese ventilatória (PC=25, FiO2=50%, Peep=5) ritmo regular, amplitude normal e tipo toraco-abdominal.		

Auscultação pulmonar, sobreponível á avaliação anterior, revela roncos na zona do lobo superior e lobo médio do pulmão direito, lobo superior e inferior do pulmão esquerdo. Diminuição do murmúrio vesicular nas bases mais acentuado e extenso no pulmão direito.		
Apresenta secreções hemato-purulentas espessas em abundante quantidade, com cheiro fétido acentuado, sem presença de rolhões. Realizada cinesiterapia sem intercorrências, com tolerância do doente. Posicionado no decúbito semi-dorsal esquerdo para impedir formação de aderências intrapleuríticas de derrame pleural á direita		
Dia 14/10/14:		
Sinais vitais: TA= 105/59 mmHg; FC= 104 bpm; SpO2 = 98%, FR= 18 c/m. Conectado a prótese ventilatória (PC=25 , FiO2=50%, Peep=5) ritmo regular, amplitude normal e tipo toraco-abdominal.		
Auscultação pulmonar, sobreponível á avaliação anterior, revela roncos na zona do lobo superior e lobo médio do pulmão direito, lobo superior e inferior do pulmão esquerdo. Diminuição do murmúrio vesicular nas bases mais acentuado e extenso no pulmão direito.		
Apresenta secreções hemato-purulentas espessas em abundante quantidade, com cheiro fétido acentuado, sem presença de rolhões. Realizada cinesiterapia sem intercorrências, com tolerância do doente. Posicionado no decúbito semi-dorsal direito para drenagem de derrame pleural á direita.		
Dia 22/10/14:		
Sinais vitais: TA= 151/87 mmHg; FC= 63 bpm; SpO2 = 100%, FR= 14 c/m. Conetado a prótese ventilatória (PC=25, FiO2=35%, Peep=5) ritmo regular, amplitude normal e tipo toraco-abdominal.		
Na auscultação pulmonar apresenta murmúrio rude na zona do lobo superior e lobo médio do pulmão direito, lobo superior e inferior do pulmão esquerdo. Diminuição do murmúrio vesicular nas bases bilateral.		
Apresenta secreções amareladas/rosadas espessas em moderada quantidade. Realizada cinesiterapia sem intercorrências, com tolerância do doente. Posicionado no decúbito semi-dorsal esquerdo para alternância decúbitos.		
Expetorar ineficaz, em grau elevado	•Observar Rx Tórax e gasimetria arterial;	✓ Estimular o doente a participar no plano de reabilitação;
	•Realizar auscultação pulmonar;	
	•Explicar ao doente a realização do programa de reabilitação;	✓ Fluidificar as secreções e favorecer a hidratação das vias aéreas, proporcionando a hidratação do doente;
	•Favorecer a hidratação do doente;	

	•Avaliar a tosse voluntária ou reflexa do doente;	✓ Avaliar do mecanismo de tosse e colaboração do doente;
	•Estimular o reflexo de tosse;	
	•Posicionar o doente confortavelmente (Dorsal/ Semi-fowler) favorecendo o mecanismo de tosse sem esforço adicional;	✓ Melhorar a limpeza das vias aéreas;
	•Executar programa de enfermagem de reabilitação Motora Respiratória (cinesiterapia respiratória):	✓ Melhorar a eficácia da tosse;
		✓ Melhorar a ventilação (padrão respiratório e ventilatório normais) e reduzir desconforto;
		✓ Permitir a desobstrução das vias aéreas;
		✓ Permitir uma maior expansão pulmonar;
	- Manobras acessórias (percussões, compressões e vibrações torácicas)	✓ Promover a continuidade dos cuidados informando a equipa multidisciplinar;
	- Drenagem Postural modificada	✓ Obter gasimetria arterial com valores normais;
	- Abertura costal bilateral/ seletiva	✓ Obter auscultação pulmonar com murmúrio vesicular mantido;
	•Aspirar secreções;	✓ Obter melhoria na Radiografia de tórax.
	•Vigiar e registar características da expetoração;	
Avaliação		
Dia 8/10/14:		
Sinais vitais: TA= 115/66 mmHg; FC= 80 bpm; SpO2 = 100%, FR= 20 c/m. Conectado a prótese ventilatória (PC=25, Peep=5, FiO2=50%) ritmo regular, amplitude normal e tipo toraco-abdominal.		
Auscultação pulmonar revela ronos na zona do lobo superior e lobo médio do pulmão direito, lobo superior e inferior do pulmão esquerdo. Diminuição do murmúrio vesicular nas bases mais acentuado e extenso no pulmão direito. Apresenta reflexo de tosse e capacidade de tossir e apenas o faz, quando estimulado por sonda de aspiração ou presença de secreções através da traqueostomia, necessitou de aspiração de secreções diversas vezes. Efetuada cinesiterapia respiratória que doente tolerou. Foram aspiradas secreções hemato-purulentas espessas em abundante quantidade, com cheiro fétido, com presença de rolhões de cor acastanhada de grandes dimensões.		
Dia 10/10/14:		

Sinais vitais: TA= 153/90 mmHg; FC= 86 bpm; SpO2 = 100%, FR= 18 c/m. Conectado a prótese ventilatória (PC=25, FiO2=50%, Peep=5) ritmo regular, amplitude normal e tipo toraco-abdominal.		
Auscultação pulmonar, sobreponível á avaliação anterior, revela roncos na zona do lobo superior e lobo médio do pulmão direito, lobo superior e inferior do pulmão esquerdo. Diminuição do murmúrio vesicular nas bases mais acentuado e extenso no pulmão direito.		
Apresenta secreções hemato-purulentas espessas em abundante quantidade, com cheiro fétido acentuado, sem presença de rolhões. Mantém apenas acessos de tosse reativa á presença de expetoração ou sonda de aspiração.		
Dia 14/10/14:		
Sinais vitais:TA= 105/59 mmHg; FC= 104 bpm; SpO2 = 98%, FR= 18 c/m. Conectado a prótese ventilatória (PC=25, FiO2=50%, Peep=5) ritmo regular, amplitude normal e tipo toraco-abdominal.		
Auscultação pulmonar, sobreponível á avaliação anterior, revela roncos na zona do lobo superior e lobo médio do pulmão direito, lobo superior e inferior do pulmão esquerdo. Diminuição do murmúrio vesicular nas bases mais acentuado e extenso no pulmão direito. Mantém secreções com características hemato-purulentas de moderada a grande quantidade com acessos de tosse reflexa		
Dia 22/10/14:		
Mantém tosse reativa com secreções amareladas/rosadas espessas em moderada quantidade.		
Edema presente nos braços bilateral	•Vigiar extensão do edema;	✓ Que ocorra uma diminuição do edema a nível dos membros superiores;
	•Posicionar parte do corpo com edema;	
	•Executar técnica de massagem relaxante e de retorno venoso;	✓ Promover o conforto do doente.
	•Gerir a administração de líquidos	
Avaliação		
Dia 8/10/14:		
Edema acentuado em ambos os membros superiores mais acentuado no membro superior direito. Feita massagem para facilitar o retorno venoso e drenagem linfática. Membros elevados posicionados sobre almofada de modo a otimizar o retorno venoso.		

Dia 10/10/14:		
Mantém edema mais acentuado no membro superior direito, realizada massagem de retorno venoso e elevação do ombro, cotovelo e mão sobre almofada.		
Dia 14/10/14:		
Edema em regressão, mantém massagem de drenagem linfática e elevação dos membros superiores.		
Dia 22/10/14:		
Edema bastante regredido, mantém-se a massagem de retorno venoso e elevação dos membros superiores.		
Espasticidade, presente em grau moderado no membro superior direito	• Explicar e estabelecer Programa de enfermagem de Reabilitação Funcional Sensorio- motora, estimulando o doente;	✓ Promover a mobilidade dos diferentes segmentos corporais num nível máximo de independência
	• Monitorizar a função cardiorespiratória do doente (TA, FC, SpO2, FR);	✓ Despistar deformidades e anomalias osteo-articulares;
	• Monitorizar espasticidade do doente utilizando a escala de Ashworth modificada;	✓ Avaliar a colaboração e o nível funcional do doente através da Escala de Barthel;
	• Executar exercícios de mobilização passivos nos 4 membros em todos os segmentos da região distal para a região proximal do membro;	✓ Avaliar o grau de amplitude articular;
	• Realizar técnica de massagem relaxante;	✓ Determinar o grau de espasticidade através da escala de Ashworth modificada;
	• Vigiar movimento muscular;	✓ Prevenir complicações ostearticulares;
	• Vigiar amplitude articular;	✓ Manter a mobilidade da articulação;
	• Executar técnica de posicionamento em padrão anti-espástico;	✓ Estimular a circulação sanguínea;
	• Aplicar calor;	✓ Promover a estimulação neurosensorial;
	• Registrar as intervenções, posicionamento e função músculo-articular do doente para otimizar continuidade do programa de reabilitação;	✓ Promover o bem-estar e o conforto do doente;

Avaliação	
Dia 8/10/14:	
Doente apresenta membro superior direito em adução do ombro, cotovelo em extensão, dedos em extensão e membro em ligeira pronação.	
Da aplicação da Escala de Ashworth modificada, o doente apresenta espasticidade, grau 2, no membro superior direito. Restantes membros sem sinais de espasticidade.	
Doente apresenta apenas contração isométrica, apresentando força muscular grau 1, nos 4 membros, segundo aplicação da escala de Lower.	
Foi aplicado creme hidratante e efetuada massagem, seguida de exercícios de mobilização passiva, com incidência na extensão do membro, foi possível a extensão completa da articulação do cotovelo. Após os exercícios foi possível constatar que ocorreu regressão do grau de espasticidade (grau 1). Durante as mobilizações passivas o doente não manifestou dor (TA e pulso estáveis, sem fácies de dor).	
Foi posicionado em decúbito semi-dorsal esquerdo, em padrão anti-espástico.. Posicionado com ombro em abdução, flexão do cotovelo e dedos em abdução, com membro em supinação.	
Dia 10/10/14:	
Doente mantém membro superior esquerdo em adução do ombro, cotovelo em extensão, dedos em extensão e membro em pronação. Mantém espasticidade grau 2 utilizando a escala de Ashworth modificada. Restantes membros sem sinais de espasticidade. Após a realização de exercícios de mobilização passivos verifica-se novamente regressão do grau de espasticidade, apresentando grau 1.	
Os exercícios foram efetuados, analisando a resposta não-verbal do doente, não manifestou dor ou desconforto.	
Mantém força muscular grau 1 nos 4 membros segundo aplicação da Escala de Lower. Enquanto foram efetuados exercícios de mobilização foi realizada estimulação sensorial visual, auditiva e proprioceptiva. Foi posicionado em decúbito semi-dorsal esquerdo, em padrão anti-espástico. Posicionado com ombro em abdução, flexão do cotovelo e dedos em abdução, com membro em supinação.	
Dia 14/10/14:	

Mantém espasticidade grau 2 (Escala de Ashworth modificada) no membro superior direito, força muscular 1 (Escala de Lower). No membro superior esquerdo apresenta adução do ombro, cotovelo em extensão, dedos em extensão e membro em pronação, com espasticidade de grau 1 e mantém força muscular de 1. Realizadas mobilizações passivas e foi posicionado em padrão anti-espástico.		
Dia 22/10/14:		
Com aumento de espasticidade, nos 2 membros superiores. Grau 2, á direita, e grau 3 á esquerda, mostrando-se o doente receoso com a mobilização do membro. Força muscular no membro superior esquerdo = 3, pois vence a gravidade, restantes membros, força muscular de 1.		
Anquilose, Risco de Anquilose	• Informar o doente da realização do programa de enfermagem de reabilitação;	✓ Promover a estimulação neuro-sensorial (estimulação tátil, proprioceptiva, percepção do movimento);
	• Monitorizar a função cardiorespiratória do doente (TA, FC, SpO2, FR);	✓ Despiste de deformidades e anomalias;
	• Posicionar confortavelmente o doente;	✓ Despiste de alterações significativas na amplitude articular, na força e tônus muscular;
	• Avaliar a força e amplitudes articulares nos membros superiores e inferiores por segmentos e tônus muscular;	✓ Avaliação da colaboração e o nível funcional do doente segundo escala de Barthel e MIF;
	• Avaliar a espasticidade do doente, utilizando a escala de Ashworth modificada;	✓ Avaliar o grau de amplitude articular e força muscular;
	• Vigiar força muscular através da escala de Lower;	✓ Determinar o grau de espasticidade;
	• Reduzir esforço das articulações e estabilizar as mesmas, através do posicionamento em padrão anti-espástico;	✓ Favorecer a circulação sanguínea;
	• Executar exercícios de mobilização articular passivos dos membros superiores e inferiores em todos os segmentos.	✓ Prevenir complicações musculoesqueléticas e osteoarticulares;
	• Aplicar técnicas de relaxamento como a massagem;	✓ Manter a mobilidade da articulação;
	• Estimular a execução de mobilizações-	✓ Proporcionar o conforto;
Avaliação		
Dia 08/10/14:		

Doente apresenta força muscular grau 1 nos 4 membros, segundo aplicação da escala de Lower. Apresentava tónus muscular mantido em todos os membros, à exceção do membro superior direito, no qual é possível detetar aumento do tónus muscular, segundo Escala de Ashworth modificada, apresenta grau 2 no respetivo membro.
Amplitude articular diminuída, no membro superior direito, nos movimentos de flexão/extensão da mão e de abdução e circundação do ombro, restantes membros a amplitude articular encontra-se mantida.
Realizados exercícios de mobilização passivos dos quatro membros, em todos os segmentos, que doente tolerou, não apresentando qualquer sinal de dor (hipertensão, taquicardia, fáceis de dor ou contração excessiva).
Foi efetuada massagem de conforto e retorno venoso ao membro superior direito, tendo sido bem tolerado pelo doente. As articulações foram protegidas através do posicionamento correto em posição anti-espástica, com suporte de almofadas, mantendo o alinhamento corporal.
Dia 10/10/14:
Mantém força muscular grau 1 nos 4 membros, segundo aplicação da escala de Lower e espasticidade, grau 2, no membro superior direito, restantes membros apresentam tónus muscular mantido, segundo Escala de Ashworth modificada.
Amplitude articular diminuída no membro superior direito nos movimentos flexão/extensão da mão, de abdução e circundação do ombro, restantes membros a amplitude articular encontra-se mantida, com exceção do membro superior esquerdo, que mostra diminuição da amplitude articular no movimento de abdução do ombro. O doente tolerou as mobilizações passivas dos 4 membros, em todos os segmentos, não demonstrando qualquer sinal de dor.
Mais uma vez no final das mobilizações o doente fica posicionado em padrão anti-espástico, aparentemente confortável e todas as articulações foram protegidas através do posicionamento correto com suporte de almofadas, respeitando o alinhamento corporal.
Dia 14/10/14:
Sem alteração da força muscular, espasticidade e amplitude articular. São realizadas mobilizações passivas em todos os segmentos dos quatro membros e posicionado o doente em padrão anti-espástico.
Dia 22/10/14:

Apresenta força muscular, grau 3, no membro superior esquerdo e, grau 1 nos restantes membros, segundo aplicação da escala de Lower. Segundo Escala de Ashworth modificada apresenta espasticidade, grau 2, no membro superior direito, grau 3, no membro superior esquerdo, restantes membros apresentam tónus muscular mantido.

Amplitude articular diminuída no membro superior direito, nos movimentos flexão/extensão da mão e de abdução e circundação do ombro, no membro superior esquerdo, amplitude diminuída nos movimentos de flexão/ extensão da mão e de abdução e circundação do ombro, restantes membros a amplitude articular encontra-se mantida. O doente tolerou as mobilizações passivas dos 4 membros em todos os segmentos.

Mais uma vez no final das mobilizações o doente fica posicionado em padrão anti-espástico, aparentemente confortável e todas as articulações foram protegidas através do posicionamento correto com suporte de almofadas, respeitando o alinhamento corporal.

Risco de Obstipação	• Administrar líquidos;	✓ Promover a eliminação intestinal regular;
	• Administrar alimentação entérica rica em fibra;	✓ Promover o conforto do doente;
	• Administrar procinéticos prescritos;	✓ Assegurar a ausência de sinais de impactação.
	• Diminuir o período de imobilidade no leito através da mobilização passiva dos 4 membros em todos os segmentos;	
	• Vigiar a eliminação intestinal (padrão de eliminação, características das fezes);	
	• Vigiar abdómem (timpanizado, mole, depressível, presença de ruídos hidroaéreos;	
	• Vigiar sinais de impactação (abdómen distendido, ausência de emissão de fezes, fezes duras no reto);	
	• Executar pesquisa de fecalomas;	
	• Executar técnica de treino intestinal (administração de supositório laxante de 2/2 dias)	

Avaliação

Dia 08/10/14:

Realizado treino intestinal, evacuou fezes moldadas castanhas em moderada quantidade, abdómen mole e depressível.		
Dia 10/10/14:		
Realizado treino intestinal com administração de Bisacodilo supositório com efeito, evacuou fezes pastosas castanhas em moderada quantidade. Abdómen mole e depressível.		
Dia 14/10/14:		
Após a administração de Bisacodilo supositório, evacuou fezes pastosas castanhas em moderada quantidade. Abdómen mole e depressível.		
Dia 22/10/14:		
Realizado treino intestinal com efeito, evacuou fezes pastosas castanhas em moderada quantidade. Abdómen mole e depressível.		
Úlcera de Pressão, Risco de Úlcera de Pressão	• Monitorizar diáriamente, o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão, através de escala de Braden;	✓ Monitorização do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão;
	• Vigiar a pele;	✓ Promover o conforto do doente;
	• Vigiar sinais de úlcera de pressão;	✓ Promover a manutenção da integridade cutânea;
	• Posicionar a pessoa (segundo a escala de Braden);	
	• Massagem de conforto;	
	• Alívio de pressão das proeminências ósseas com recurso a almofadas;	
Avaliação		
Dia 08/10/14:		
Apresenta alto risco de desenvolver úlcera de pressão (score 11) segundo a escala de Braden, foi posicionado de 2/2h respeitando alinhamento corporal e padrão anti-espástico, com recurso a almofadas de diferentes dimensões para alívio de pressão das proeminências ósseas. Efetuada massagem de conforto e elevados membros superiores para favorecer a regressão do edema. Pele seca e descamativa, sem sinais de úlcera de pressão.		
Dia 10/10/14:		

Apresenta alto risco de desenvolver úlcera de pressão (score 11) segundo a escala de Braden, foi posicionado de 2/2h respeitando alinhamento corporal e padrão anti-espástico, com recurso a almofadas de diferentes dimensões para alívio de pressão das prominências ósseas. Efetuada massagem de conforto e elevados membros superiores para favorecer a regressão do edema. Pele seca e descamativa, sem sinais de úlcera de pressão.		
Dia 12/10/14:		
Apresenta alto risco de desenvolver úlcera de pressão (score 11) segundo a escala de Braden, foi posicionado de 2/2h respeitando alinhamento corporal e padrão anti-espástico, com recurso a almofadas de diferentes dimensões para alívio de pressão das prominências ósseas. Efetuada massagem de conforto e elevados membros superiores para favorecer a regressão do edema. Pele seca e descamativa, sem sinais de úlcera de pressão.		
Dia 22/10/14:		
Apresenta alto risco de desenvolver úlcera de pressão (score 11) segundo a escala de Braden, foi posicionado de 2/2h respeitando alinhamento corporal e padrão anti-espástico, com recurso a almofadas de diferentes dimensões para alívio de pressão das prominências ósseas. Efetuada massagem de conforto e elevados membros superiores para favorecer a regressão do edema. Pele seca e descamativa sem sinais de úlcera de pressão.		
Alimentar-se, dependente em grau elevado	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentar a pessoa de acordo com o protocolo de alimentação entérica do serviço; 	✓ Assegurar aporte nutricional adequado;
	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conteúdo gástrico segundo protocolo; 	✓ Suprimir défices iónicos, vitamínicos e proteicos;
	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar peso e índice de massa corporal do doente segundo protocolo; 	✓ Vigilância da perda do peso e massa corporal do doente
Avaliação		
Dia 08/10/14:		
Administrada alimentação entérica segundo protocolo que tolerou na totalidade, sem conteúdo gástrico. Sem perda muscular visível, edema presente nos membros superiores, mais visível no membro superior direito.		
Dia 10/10/14:		

Administrada alimentação entérica segundo protocolo que tolerou na totalidade, sem conteúdo gástrico. Sem perda muscular visível, edema presente nos membros superiores, mais visível no membro superior direito.		
Dia 14/10/14:		
Administrada alimentação entérica segundo protocolo que tolerou na totalidade, sem conteúdo gástrico. Sem perda muscular visível, edema presente nos membros superiores, mais visível no membro superior direito.		
Dia 22/10/14:		
Administrada alimentação entérica segundo protocolo que tolerou na totalidade, sem conteúdo gástrico. Regressão de edemas dos membros superiores, com perda muscular acentuada nos 4 membros.		
Aspiração, Risco de aspiração	• Vigiar reflexo de tosse;	✓ Assegurar a não ocorrência de aspiração;
	• Vigiar reflexo de vômito;	✓ Manter a permeabilidade da via aérea.
	• Estimular o reflexo de tosse;	
	• Executar técnica de posicionamento para prevenir a aspiração;	
	• Vigiar pressão do cuff da traqueostomia;	
	• Gerir a dieta	
Avaliação		
Dia 08/10/14:		
Reflexo de tosse reativo com presença de secreções ou presença de sonda de aspiração, pressão do cuff da traqueostomia mantida entre 20-30 cmH2O, cabeceira elevada a 45°, a tolerar na totalidade a alimentação entérica administrada.		
Dia 10/10/14:		
Reflexo de tosse reativo com presença de secreções ou presença de sonda de aspiração, pressão do cuff da traqueostomia mantida entre 20-30 cmH2O, cabeceira elevada a 45°, a tolerar na totalidade a alimentação entérica administrada.		
Dia 14/10/14:		

Reflexo de tosse reativo com presença de secreções ou presença de sonda de aspiração, pressão do cuff da traqueostomia mantida entre 20-30 cmH2O, cabeceira elevada a 45°, a tolerar na totalidade a alimentação entérica administrada.		
Dia 22/10/14:		
Reflexo de tosse reativo com presença de secreções ou presença de sonda de aspiração, pressão do cuff da traqueostomia mantida entre 20-30 cmH2O, cabeceira elevada a 45°, a tolerar na totalidade a alimentação entérica administrada.		
Maceração, Risco de maceração	• Vigiar a pele;	<input checked="" type="checkbox"/> Manutenção da integridade cutânea <input checked="" type="checkbox"/> Reduzir a existência de humidade na pele
	• Limpar a pele periférica ao estoma;	
	• Vigiar a pele periférica ao estoma;	
	• Otimizar a fralda.	
Avaliação		
Dia 08/10/14:		
Posicionar o doente de 2/2h, segundo a Escala de Braden, Apresenta pele seca e descamativa, aplicado creme hidratante. Pele periférica ao estoma íntegra, sem humidade, mantém placa de poliuretano de proteção.		
Dia 10/10/14:		
Posicionar o doente de 2/2h, segundo a Escala de Braden, Apresenta pele seca e descamativa, aplicado creme hidratante. Pele periférica ao estoma íntegra, sem humidade, mantém placa de poliuretano de proteção.		
Dia 14/10/14:		
Posicionar o doente de 2/2h, segundo a Escala de Braden, Apresenta pele seca e descamativa, aplicado creme hidratante. Pele periférica ao estoma íntegra, sem humidade, mantém placa de poliuretano de proteção.		
Dia 22/10/14:		

Posicionar o doente de 2/2h, segundo a Escala de Braden, Apresenta pele seca e descamativa, aplicado creme hidratante. Pele periférica ao estoma íntegra, sem humidade, mantém placa de poliuretano de proteção.		
Ferida cirúrgica presente, na região cervical anterior (traqueostomia)	• Limpar a pele periférica ao estoma	✓ Manter integridade cutânea em redor da traqueostomia
	• Vigiar a pele periférica ao estoma	
	• Executar tratamento á ferida cirúrgica	
Avaliação		
Dia 08/10/14:		
Pele periférica ao estoma íntegra, sem humidade, mantém placa de poliuretano de proteção.		
Dia 10/10/14:		
Pele periférica ao estoma íntegra, sem humidade, mantém placa de poliuretano de proteção.		
Dia 14/10/14:		
Pele periférica ao estoma íntegra, sem humidade, mantém placa de poliuretano de proteção.		
Dia 22/10/14:		
Pele periférica ao estoma íntegra, sem humidade, mantém placa de poliuretano de proteção.		
Comunicação, alterada	• Estimular a comunicação expressiva com o doente;	✓ Promover a estimulação neuro-sensorial; ✓ Que o doente consiga comunicar com o meio que o rodeia.
	• Utilizar estratégias de comunicação (cartões de imagens, pisar os olhos, lateralizar a cabeça);	
	• Promover a recuperação da consciência através de atividades de estimulação no coma como: odores familiares fortes (perfume, café, creme), sons familiares (música, voz do familiar),	

	estimulação tátil com diferentes texturas, imagens visuais (fotografias); • Gerir ambiente calmo e relaxante.	
Avaliação		
Dia 08/10/14:		
Doente com score 4 na escala de Glasgow, não abre os olhos e não esboça qualquer tipo de comunicação não-verbal com o exterior.		
Dia 10/10/14:		
Mantém score 4 na escala de Glasgow, sem qualquer reatividade a estímulos verbais.		
Dia 14/10/14:		
Abre tenuemente os olhos, olhar vago na maior parte do tempo, sem qualquer tipo de comunicação não-verbal.		
Dia 22/10/14:		
Abre os olhos espontaneamente, segue o olhar, encara a pessoa, sem qualquer tipo de comunicação verbal ou não verbal.		
Dor, Risco de Dor	• Monitorizar a dor através da escala comportamental; • Utilização de medidas não farmacológicas para controlo da dor (calor, frio, posicionamento, toque terapêutico, massagem de conforto, etc...); • Administração de terapêutica antiálgica prescrita, se necessário.	✓ Proporcionar o conforto ao doente; ✓ Proporcionar bem-estar físico e mental; ✓ Controlo da dor (se esta surgir) para permitir a participação nas atividades e estimulação neuro-sensorial.
Avaliação		
Dia 08/10/14:		
Dor 3, Com esquema de analgesia prescrita em bólus, sem esgar de dor ou alteração dos sinais vitais aquando da realização das diversas atividades (higiene, posicionamentos, programa de enfermagem de Reabilitação Motora Funcional e Respiratória).		

Dia 10/10/14:		
Dor 3, Com esquema de analgesia prescrita em bólus, sem esgar de dor ou alteração dos sinais vitais aquando da realização das diversas atividades (higiene, posicionamentos, programa de Enfermagem de Reabilitação Motora Funcional e Respiratória.		
Dia 14/10/14:		
Dor 3, Com esquema de analgesia prescrita em bólus, sem esgar de dor ou alteração dos sinais vitais aquando da realização das diversas atividades (higiene, posicionamentos, programa de Enfermagem de Reabilitação Motora Funcional e Respiratória.		
Dia 22/10/14:		
Dor 3, Reagiu com movimento de fuga do membro superior esquerdo aquando do toque para mobilização passiva deste. Já tinha sido administrada terapêutica analgésica prescrita, efetuada massagem de conforto e mobilizações suavemente com sucesso, o doente não esboçou esgar de dor.		
Autocuidado: Higiene, dependente em grau elevado	• Avaliar grau de dependência do doente através da escala de Barthel e MIF;	✓ Promover higiene e conforto ao doente
	• Dar banho na cama;	
	• Efetuar estimulação sensório-motora do doente;	
Avaliação		
Dia 08/10/14:		
Dependência total, score 0, na escala da Barthel, prestados cuidados de higiene e conforto com ajuda total		
Dia 10/10/14:		
Dependência total, score 0, na escala da Barthel, prestados cuidados de higiene e conforto com ajuda total		
Dia 14/10/14:		
Dependência total, score 0, na escala da Barthel, prestados cuidados de higiene e conforto com ajuda total		
Dia 22/10/14:		

Dependência total, score 0, na escala da Barthel, prestados cuidados de higiene e conforto com ajuda total		
Autocuidado: Vestuário dependente em grau elevado	• Avaliar grau de dependência do doente através da escala de Barthel;	✓ Promover o conforto ao doente
	• Vestir a pessoa;	
	• Otimizar o vestuário;	
	• Efetuar estimulação sensório-motora do doente;	
Avaliação		
Dia 08/10/14:		
Dependência total, score 0, na escala da Barthel, foi otimizado vestuário com ajuda total.		
Dia 10/10/14:		
Dependência total, score 0, na escala da Barthel, foi otimizado vestuário com ajuda total.		
Dia 14/10/14:		
Dependência total, score 0, na escala da Barthel, foi otimizado vestuário com ajuda total.		
Dia 22/10/14:		
Dependência total, score 0, na escala da Barthel, foi otimizado vestuário com ajuda total.		
Autocuidado: Uso do sanitário dependente em grau elevado	• Avaliar grau de dependência do doente através da escala de Barthel;	✓ Promover uma eliminação intestinal regular;
	• Otimizar a fralda;	✓ Assegurar eliminação urinária;
	• Realizar treino intestinal;	✓ Promover o conforto do doente;
	• Vigiar eliminação urinária;	✓ Assegurar a ausência de sinais de impactação.
	• Trocar cateter urinário;	

	<ul style="list-style-type: none"> Efetuar estimulação sensório- motora. 	
Avaliação		
Dia 08/10/14:		
Drenagem vesical funcionante de urina alaranjada com baixo débito (mantém perfusão de diurético, função renal ainda com alterações significativas), evacuou fezes pastosas acastanhadas em moderada quantidade.		
Dia 10/10/14:		
Drenagem vesical funcionante de urina alaranjada com baixo débito (mantém perfusão de diurético, função renal ainda com alterações significativas), evacuou fezes pastosas acastanhadas em moderada quantidade.		
Dia 14/10/14:		
Drenagem vesical funcionante de urina alaranjada com baixo débito (mantém perfusão de diurético, função renal ainda com alterações significativas), evacuou fezes pastosas acastanhadas em moderada quantidade.		
Dia 22/10/14:		
Drenagem vesical funcionante de urina alaranjada com baixo débito (mantém perfusão de diurético, função renal ainda com alterações significativas), evacuou fezes pastosas acastanhadas em moderada quantidade.		
Imagem corporal, alterada (negllet á direita)	<ul style="list-style-type: none"> Favorecer a estimulação sensorio-motora; 	✓ Promover a reestruturação cognitiva;
	<ul style="list-style-type: none"> Abordar o doente no lado negligenciado, de modo a estimular a reestruturação cognitiva; 	✓ Promover a reintegração do hemisfério negligenciado;
	<ul style="list-style-type: none"> Realizar o ensino á família para a importância da abordagem pelo lado negligenciado 	✓ Promover o ajuste do doente às mudanças da sua aparência física
	<ul style="list-style-type: none"> Promover a auto-estima. 	✓ Promover o ajuste do doente ás mudanças da função corporal
Avaliação		

Dia 08/10/14:					
Score 4, segundo a escala de Glasgow, sem reatividade a estímulos externos.					
Dia 10/10/14:					
Score 4, segundo a escala de Glasgow, sem reatividade a estímulos externos					
Dia 14/10/14:					
Score 7, segundo a escala de Glasgow, quando estimulado lateraliza ligeiramente a cabeça apenas para a esquerda. Feita abordagem do doente no lado direito sem sucesso. Início da reestruturação cognitiva pelo lado afetado alternando com o lado menos afetado.					
Dia 22/10/14:					
Score 8, segundo a escala de Glasgow, quando estimulado lateraliza ligeiramente a cabeça apenas para a esquerda. Feita abordagem do doente no lado direito sem sucesso. Manteve-se a reestruturação cognitiva pelo lado afetado alternando com o lado menos afetado					
Ansiedade, na Família (sobrecarga emocional)		• Reduzir a ansiedade através da escuta ativa e apoio emocional	✓ Que o cuidador principal obtenha um nível de bem-estar satisfatório		
		• Promover os papéis de cada elemento no seio da família;		✓ Que o cuidador principal avalie positivamente as suas capacidades de cuidador	
		• Educação para a saúde (ensinos inerentes aos défices trazidos pela doença/ alteração da dependência e funcionalidade do doente)			✓ Que a integridade familiar se mantenha
		• Providenciar apoio diferenciado, se necessário (assistência social, apoio espiritual, entre outros)			
Avaliação					
Dia 08/10/14:					
O doente recebeu a visita da irmã, esta mostrou-se receosa e calada não querendo comunicar com o doente.					

Dia 10/10/14:
Recebeu a visita da irmã e esposa, que demonstraram apreensão e receio por toda a situação clínica do doente.
Dia 14/10/14:
Não observei visitas.
Dia 22/10/14:
Teve a visita do tio, este esteve comunicativo e com postura positiva, o doente abriu os olhos apenas uma vez, sem outro tipo de reatividade aos estímulos externos.



5º CURSO DE MESTRADO
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

UNIDADE CURRICULAR:
Projeto de Estágio

Plano de Cuidados

Aluno: Andreia Duarte, nº 5492

Docente: Professora Vanda Marques

Orientador: Enfª [REDACTED]
Unidade de Cuidados Continuados de [REDACTED]

Lisboa
2014

INFORMAÇÃO CLÍNICA DO UTENTE

(dados obtidos do processo do doente)

Dados Pessoais

Nome: SXSG

Data de nascimento: 19/08/1959 **Idade:** 55 anos

Sexo: Masculino **Etnia/raça:** Leucodermica

Profissão/situação laboral: Desempregado (trabalhava na construção civil)

Residência/morada: Palmela

Centro de saúde: Centro Saúde de Palmela

Agregado familiar: Esposa e filha

Pessoa significativa/cuidador: Esposa

História da Doença Pgressa

Antecedentes pessoais:

- AVC isquémico fronto-parietal direito em 2008;
- HTA;
- Ex-fumador;
- Síndrome depressivo;
- Beta-talassémia minor
- Mutação metiltetrahidrofolato redutase em homozigotia;
- Infecção urinária
- Litíase vesical com hidronefrose esquerda já submetido a colocação de duplo J em 2013 e removido em 2014;
- Diverticulose do colon (colonoscopia Outubro 2014)

Terapêutica ambulatoria:

- ✓ Ácido acetilsalicílico 150mg/dia;
- ✓ Sertralina 50mg/ dia
- ✓ Ramipril 10 mg/ dia
- ✓ Nifedipina 30mg/ dia
- ✓ Rilnenidina 1mg/ dia
- ✓ Tansulosina 0,4mg/ dia;
- ✓ Ácido Fólico 5mg/dia;
- ✓ Trazadone 100mg/ dia;
- ✓ Lactulose 1 carteira Em SOS

Hábitos de vida anteriores: Independente a nível das AVDs, com estilo de vida sedentário

Hábitos de saúde anteriores: Vigilância de saúde esporádica. Com hábitos tabágicos e alcoólicos, consumo esporádico de substâncias químicas.

História Social

Condições habitacionais: Casa térrea com saneamento básico, eletricidade, varias assoalhadas, WC parcialmente adaptado (poliban com barra de apoio)

Envolvente social: Cuidadora principal é a esposa que não apresenta qualquer tipo de limitação física ou cognitiva, trabalha numa panificação ausentando-se no período da manhã e tarde. Do agregado familiar faz parte também uma filha (idade compreendida entre os 20-25 anos) no momento a trabalhar e estudar. Tem também uma outra filha que pela sua vida pessoal pouco está presente. Encontra-se atualmente limitado física e socialmente, dependendo totalmente da esposa e filha para a realização das AVDs.

Qualidade de vida afetada e suas dimensões: Atualmente com diversas dimensões de vida afetadas: física, psíquica, familiar, social e económica, pelo isolamento e dependência de terceiros.

História da Doença Atual

Data de admissão: 13/11/14

Motivo do internamento: Utente encontrado pela esposa durante o período noturno com perturbação da fala e diminuição da força á direita. No momento, apresentava-se vígil com disartria moderada, discurso não fluente, cumpria ordens simples, repetia e nomeava palavras com dificuldade, com hemiparesia direita espástica, hemihipostesia direita, assimetria das fendas palpebrais com FPE<FPD, anisocoria com miose esquerda com reflexos fotomotores mantidos sem oftalmoparésias extrínsecas, paresia facial direita do tipo central, elevação do palato simétrica, língua centrada á protusão.

Diagnóstico Clínico: AVC hemorrágico do hemisfério esquerdo.

Exames complementares de diagnóstico:

- ✓ TAC CE (13/11/14) (Hematoma tálamo-capsular esquerdo com dissecação para o corpo do ventrículo lateral, sem ventriculomegália, sem edema transependimário, sem apagamento dos sulcos sem importante desvio da linha média;
- ✓ TAC CE (14/11/14) sobreponível, com menos efeito massa e sem sinais de hidrocefalia
- ✓ TAC CE (19/11/14) sensivelmente sobreponível com reabsorção parcial do hematoma

Evolução clínica:

É encaminhado para a valência de neurocirurgia que revela tratar-se de um hematoma sem indicação cirúrgica. Durante o internamento manteve valores tensionais elevados com necessidade de vários anti hipertensores com melhoria após introdução de Rilmenidina. Com melhoria parcial dos défices neurológicos. A 26/11 apresenta-se vígil, orientado no tempo e espaço, apático e pouco colaborante. Fluência diminuída, sem erros de nomeação, repetição ou compreensão, disartria ligeira, hemiparesia espástica direita com plegia braquial e paresia grau 1/5 no membro inferior, hipostesia álgica direita, ataxia na prova calcanhar-jelho, hemianopsia homónima direita, anisocoria PD>PE com reflexos fotomotores mantidos, sem ptose evidente, sem oftalmoparésias extrínsecas, paresia facial direita do tipo central, úvula na linha média, elevação do palato simétrico e língua centrada á protusão. NIHSS (NIH Stroke Scale/Score) =13 e MRS (Modified Rankin Scale)=5. Observado pela urologia por hidronefrose esquerda e litíase vesical inicia Tansulosina 0,4mg/dia e reforço hídrico. Observado por hematologia por alterações no hemograma e esfregaço de sangue tendo sido interpretadas no contexto de betatalassémia minor e ferropénia. Sugerida realização de estudo familiar nos descendentes.

Á data da alta apresenta-se vígil, orientado no tempo e espaço, auto e aulopsiquicamente. Sem neglet visual ou sensitivo. Fluência diminuída, nomeação, compreensão e repetição preservadas, disartria ligeira, marcha possível apenas com apoio bilateral. Hemiparésia

espástica direita grau 1/5 do membro superior e 2/5 do membro inferior. RCP extenso á direita. Hemianestesia direita com hipostesia da face homolateral. Discreta ataxia prova calcanhar-jelho á esquerda (sequela de AVC isquémico anterior). Pares cranianos: acuidade visual grosseiramente mantida, hemianopsia homónima direita, miose esquerda (sequelar?), com reflexos fotomotores preservados, sem oftalmoparésias extrínsecas, sem ptose palpebral evidente, sem nistagmo, paresia facial direita do tipo central, úvula na linha média, elevação do palato simétrica., língua centrada á protusão. NIHSS=13, MRS =4

Data de alta: 16/12/14

Tipo de encaminhamento: Consulta de Neurologia, Urologia, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina interna, Psiquiatria, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados- Unidade de convalescença e posteriormente transferência para Unidade de Cuidados na Comunidade de Palmela (ao cuidado da Enfermeira Especialista de Reabilitação),

Expectativas do Utente/cuidador: Que o utente consiga retomar parcialmente a sua autonomia nas AVDs com maior equilíbrio, recuperação de grande parte da força muscular no lado menos lesado e prevenção da instalação da espasticidade no lado mais lesado.

Exame Físico Geral (26/01/15)

Estado geral: Aspeto cuidado com aparência geral adequada á idade, pele e mucosas coradas e hidratadas, apresenta úlcera de pressão no calcâneo direito face interna, categoria IV, superficial e seca, com dimensão de 1X1 cm.

Estado nutricional: Ingere alimentos via oral sem qualquer dificuldade, com alimentação equilibrada e polifraccionada (confeccionada pela esposa)

Peso +/- 67kg **Altura** +/- 1,67 m **IMC** 24,02

Avaliação neurológica:

Estado de consciência	Estado de vigília, desperto, reativo a estímulos externos verbais e dolorosos Escala de Comas de Glasgow - score 15, abertura ocular-espontânea (4); Resposta verbal- orientada (5); Resposta motora-obedece a ordens (6)	
Atenção	Atenção, tenacidade e concentração mantidas para estímulos externos	
Memória	Memoria Sensorial mantida Memória imediata recente a curto e longo prazo mantidas Memória remota mantida	
Capacidades práticas	Mantém capacidade de efetuar gestos simbólicos (ex: sinal da cruz), ou icónicos transitivos (ex: pentear-se) e icónicos intransitivos (ex: dizer adeus, assobiar)	
Linguagem	Discurso espontâneo mantido com ligeira disartria (articula as palavras com ligeira dificuldade, por vezes fala muito rapidamente não conciliando a o som com a palavra) Compreensão mantida Nomeação e repetição mantidas	
Pares craneanos	I- Olfativo	Refere diminuição do olfato (identifica odores sem dificuldade)

	II- Ótico	Avaliação de hemianopsia homônima direita: positiva (doente refere ver apenas vultos na região lateral direita do campo de visão)
	III – Motor ocular comum IV – Patético VI – Motor ocular externo	Movimentos oculares normais, simétricos e coordenados; Resposta pupilar normal; Ausência de ptose palpebral
	V – Trigêmeo	Apresenta movimentos de mastigação, refere sensibilidade diminuída a nível da hemiface direita.
	VII – Facial	Com simetria facial, sem apagamento do sulco nasogeniano, com discreta dificuldade em manter a saliva ou alimentos líquidos na boca, reconhece o sabor amargo.
	VIII – Estado-acústico	Acuidade auditiva mantida bilateralmente; Com equilíbrio estático sentado Com dificuldade no equilíbrio dinâmico sentado (após oferecer resistência e movimento, utente não realiza movimento contrario)
	IX – Glossofaringeo	Reconhece os sabores: doce e amargo Sem dificuldade na deglutição
	X – Pneumogástrico	Sem alteração no tom de voz Reflexo de vômito presente
	XI – Espinhal	Com controlo motor da musculatura cervical, com força muscular diminuída nos músculos trapézio (escala lower 4/5 á esquerda e grau 1/5 á direita) e musculo esternocleidomastoideu sem alterações
	XII – Grande hipoglosso	Úvula na linha média e protusão da língua centrada. Sem dificuldade na mastigação, sem disfagia, ligeira dificuldade na articulação de palavras.

Avaliação Motricidade:

	Cabeça e pescoço	Membro superior Dto.	Membro inferior Dto.	Membro superior Esq.	Membro inferior Esq.
Força muscular (Escala de Lower)	Grau 4/5	Grau 0/5	Grau 3/5	Grau 4/5	Grau 4/5

Tónus muscular (Escala modificada de Ashworth)	Grau 0 em todos os segmentos articulares	Grau 2 em todos os segmentos articulares	Grau 2 em todos os segmentos articulares	Grau 0 em todos os segmentos articulares	Grau 0 em todos os segmentos articulares
Amplitude articular	Mantida	Mantida	Mantida	Mantida	Mantida
Coordenação Motora	Apresenta coordenação motora a nível de gestos icónicos, como pentear e escovar os dentes, ao realizar as provas índex-nariz e calcanhar- joelho), apresenta discreta dismetria á esquerda.				
Equilíbrio	Apresenta equilíbrio sentado estático com défice no equilíbrio sentado dinâmico.				

Avaliação da Sensibilidade:

		Face		Membros Superiores		Tronco	Membros Inferiores	
		Dto.	Esq.	Dto.	Esq.		Dto.	Esq.
Superficial	Tátil	D	P	D	P	P	D	P
	Térmica	D	P	D	P	P	D	P
	Dolorosa	D	P	D	P	P	D	P
Profunda	Presente							
Legenda: P (presente), D (diminuída)								

Escalas de Avaliação das Atividades de Vida Diária:

INDICE DE BARTHEL	
Higiene pessoal	5 = Dependente
Evacuar	10 = Continente
Urinar	10= Continente
Ir à casa de banho	0 = Dependente
Alimentar-se	5 = Dependente
Transferências	0 = Dependente
Mobilidade	0 = Dependente
Vestir-se	0 = Dependente
Escadas	0 = Dependente
Banho	0 = Dependente
Total =30 (dependência Severa)	

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)		
		Score
Autocuidado	Alimentação	2
	Higiene pessoal	2
	Banho	1
	Vestir metade superior	1
	Vestir metade inferior	1
	Uso da sanita	1
Controlo de Esfíncteres	Bexiga	7
	Intestino	7
Mobilidade Transferências	Cama, Cadeira, Cadeira de rodas	1
	Sanita	1
	Banheira/Duche	1
Locomoção	Marcha/Cadeira de rodas	1
	Escadas	1
Comunicação	Compreensão	7
	Expressão	7
Cognição Social	Interação social	4
	Resolução de problemas	4
	Memória	7
Total = 56 (Dependência modificada (assistência de até 50% da tarefa))		

Avaliação das Necessidades Humanas básicas:

1. Respirar	
Padrão respiratório	Tipo: toraco-abdominal, Ritmo: Respiração regular Frequência: +/-20 c/min Amplitude: Amplitude normal Simetria: Expansão torácica aparentemente simétrica
Saturação de oxigênio	(não avaliada)
Inspeção do tórax	Sem assimetrias
Auscultação pulmonar	(não efetuada)
Tosse	(sem acessos de tosse)
Expetoração	(sem expetoração)
Terapêutica	(sem medicação)
2. Comer e Beber	
Hábitos alimentares prévios	Alimentação oral, sem restrições
Alergias	Sem alergias alimentares conhecidas
Hábitos alimentares atuais	Dieta equilibrada e polifraccionada.
3. Eliminar	
Padrão eliminação habitual	Sem alterações na eliminação: vesical ou intestinal
Padrão eliminação atual	Com continência vesical e intestinal
4. Deslocar-se e Manter uma Postura Desejável	
Hábitos de exercício	Sem hábitos de exercício regular; sedentarismo
Limitações existentes	Alteração no equilíbrio sentado dinâmico, diminuição da força muscular e hipertonía nos diferentes segmentos do hemicorpo direito,
Necessidade de ajuda/equipamento	Necessita de apoio para a marcha e correção postural
Atualmente	Diminuição da força muscular, espasticidade grau 2 e desmotivação
5. Dormir e Descansar	
Padrão habitual	Sem alterações do padrão, medicado
Padrão atual	Mantém padrão de sono habitual

6. Vestir-se e Despir-se	
Padrão habitual	Independente no vestir e despir
Dificuldades atuais	Dependente
7. Manter a Temperatura Corporal	
Padrão habitual	Independente na termorregulação; sem compromisso fisiológico conhecido
Dificuldades atuais	Independente
8. Manter o Corpo Limpo e Proteger os Tegumentos	
Hábitos de higiene	Independente nos cuidados de higiene
Necessidades atuais	Completamente dependente nestas atividades; prestados cuidados de higiene em casa de banho parcialmente adaptada pela esposa/filha
9. Evitar os Perigos	
Como percecionava os perigos/prevenção da doença	Sem problemas de perceção
Perceção atual	Sem problemas de perceção
10. Comunicar e Expressar Emoções, Necessidades	
Capacidade prévia de comunicar e se exprimir	Comunicava verbalmente sem alterações fisiológicas ou intelectuais
Dificuldades decorrentes da situação clínica	Ligeira disartria por dificuldade na mobilidade da língua
11. Praticar de Acordo com a Sua Fé	
Práticas prévias	(dimensão não avaliada)
Práticas atuais	(dimensão não avaliada)
12. Trabalho e Realização Profissional	
Atividade profissional previa	Desempregado (ramo da construção civil)
Limitações atuais á prática da atividade profissional	Diminuição da força muscular no lado menos lesado com hipertonia (grau 2) no lado mais lesado, desmotivação
13. Divertir-se	
Atividade habitual	(não questionado)

Limitações atuais	Dependência severa, desmotivação
14. Aprender	
Práticas prévias	Sem défices cognitivos
Práticas atuais	Sem défices de atenção e compreensão

Diagnósticos de Enfermagem:

- ✓ **Alteração da necessidade humana básica de comer e beber** relacionada com AVC isquémico manifestado por diminuição da sensibilidade da hemiface direita.
- ✓ **Alteração da necessidade humana básica de comunicar** relacionada com AVC isquémico manifestada por ligeira disartria;
- ✓ **Alteração da necessidade humana básica de deslocar-se e manter uma postura desejável** relacionada com AVC isquémico esquerdo, manifestada por diminuição da força muscular grau 0/5 no MSdto e grau 3/5 no MIDto (escala de Lower);
- ✓ **Alteração da necessidade humana básica de deslocar-se e manter uma postura desejável** relacionada com AVC isquémico esquerdo, manifestada por presença espasticidade grau 2 nos diferentes segmentos do MSDto e MIDto (escala modificada de Ashworth)
- ✓ **Alteração da necessidade humana básica de deslocar-se e manter uma postura desejável** relacionada com AVC isquémico esquerdo, manifestada por ausência de equilíbrio dinâmico sentado;
- ✓ **Alteração da necessidade humana básica de proteger os tegumentos**, relacionada com imobilidade pós AVC, manifestada por úlcera de pressão de grau IV na face interna do calcâneo direito;
- ✓ **Alteração da necessidade humana de vestir e despir** relacionada com AVC isquémico esquerdo manifestada dependência elevada no autocuidado: vestuário;
- ✓ **Alteração da necessidade humana de higiene corporal** relacionada com AVC isquémico esquerdo manifestada por dependência elevada no autocuidado: higiene.

PLANO DE INTERVENÇÃO				
Data	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Atividades	Avaliação
26/01/2015	Alteração da necessidade básica de comer e beber relacionada com AVC isquêmico manifestado por diminuição da sensibilidade da face direita	<ul style="list-style-type: none"> - Restabelecer a sensibilidade da hemiface direita; - Aumentar a força muscular na hemiface direita; 	<ul style="list-style-type: none"> -Efetuar a avaliação neurológica, a nível dos pares cranianos que intervêm na sensibilidade e simetria da face (V e VII); -Incentivar o Sr. S. a beber líquidos por uma palhinha; -Incentivar o Sr. S. a realizar a estimulação da face (cavidade oral) após os cuidados orais com escova de dentes; - Incentivar exercícios de mimica facial (sorrir, mostrar os dentes, encher a boca de ar, assobiar, depressão do lábio inferior) para fortalecimento muscular; -Incentivar a participação ativa da pessoa em todas as atividades e reforço positivo; - Proporcionar o envolvimento do cuidador, nas atividades terapêuticas após instrução, ensino e treino e esclarecimento de dúvidas; - Efetuar registos no SAPE. 	<p>26/01/2015 Refere diminuição da sensibilidade na hemiface direita e ligeira dificuldade em conter líquidos na cavidade oral.</p> <p>03/02/2015 Mantém alteração da sensibilidade e motricidade muscular da face</p>
26/01/2015	Alteração da necessidade humana básica de deslocar-se e manter uma postura desejável relacionada com AVC isquêmico	<ul style="list-style-type: none"> - Manter a mobilidade e amplitude articular a nível do hemicorpo dto; - Aumentar a força muscular em todos 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o grau de força e do tônus em todos os segmentos do corpo; - Explicar cada atividade antes da sua realização e estimulação da pessoa para visualizar e mentalizar os exercícios; - Realizar a mobilização de todos os segmentos articulares, de acordo com a mobilidade, 	<p>26/01/2015 Segundo a escala de Lower o Sr. S apresenta força de grau 4/5 a nível cervical e nos membros superior e inferiores esquerdos, grau 0/5 no membro superior dto, grau 3/5 no membro inferior dto. Realizadas mobilizações passivas nos diferentes</p>

	esquerdo, manifestada por diminuição da força muscular grau 0/5 no MSdto e grau 3/5 no MIIdto (escala de Lower)	os segmentos do corpo; - Restabelecer o equilíbrio sentado estático e dinâmico; - Prevenir complicações da imobilidade (estase pulmonar e venosa, contraturas musculares, úlceras de pressão.	amplitude articular, colaboração e tolerância do Sr. S: -mobilizações passivas a nível do hemicorpo dto.; -mobilizações ativas resistidas a nível cervical, membro superior e inferior esq.; - Incentivar a realização de auto-mobilizações do membro inferior dto.; - Proporcionar a execução de atividades terapêuticas como o rolar para o lado mais afetado, exercícios de equilíbrio estático e dinâmico sentado (leito e cadeira), transferência para cadeira; - Realizar o treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado; - Incentivar a participação ativa da pessoa em todas as atividades e reforço positivo; - Proporcionar o envolvimento do cuidador, nas atividades terapêuticas após instrução, ensino e treino e esclarecimento de dúvidas; - Realiza o reforço do ensino ao Sr. S e cuidador sobre a importância do posicionamento em padrão anti-espástico; - Estimular o Sr. S e cuidador a efetuar mobilizações, rolar, transferência e posicionamentos em padrão anti-espástico (mesmo quando sentado), ao longo do dia e nos dias em que não há visita domiciliária; - Efetuar registros no SAPE.	segmentos do hemicorpo dto, ativas resistidas a nível cervical e diferentes segmentos do hemicorpo esq. Feito treino de rolar para o lado afetado e de equilíbrio estático e dinâmico sentado no leito, carga/ resistência nos membros inferiores, transferência e levante para cadeira de rodas, com apoio, posicionamento do membro superior dto em padrão anti-espástico, ensino do cruzar a perna menos afetada sobre a mais afetada. 03/02/015 Sr. S demonstra ter o engrama dos passos a efetuar para o rolar, sentar e transferência para cadeira de rodas com maior força muscular.
26/01/2015	Alteração da necessidade humana básica de	- Manter a mobilidade e amplitude articular	- Avaliar o tônus muscular em todos os segmentos do corpo;	26/01/2015 O Sr. S apresenta espasticidade grau 2 nos diferentes segmentos dos

	deslocar-se e manter uma postura desejável relacionada com AVC isquêmico esquerdo, manifestada por presença espasticidade grau 2 nos diferentes segmentos do MSDto e MIDto (escala modificada de Ashworth)	em todos os segmentos do hemicorpo dto; - Prevenir/reduzir a instalação da espasticidade a nível de todos os segmentos do corpo; - Prevenir complicações da imobilidade (estase pulmonar e venosa, contraturas musculares)	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar cada atividade antes da sua realização; - Realizar a mobilização de todos os segmentos articulares, de acordo com a mobilidade, amplitude articular, colaboração e tolerância do Sr. S contrariando o padrão espástico; -mobilizações passivas em todos os segmentos do hemicorpo dto.; -mobilizações ativas resistidas a nível cervical, membro superior e inferior esq.; - Incentivar a realização de auto-mobilizações do membro inferior dto.; - Proporcionar a execução de atividades terapêuticas como o rolar para o lado mais afetado, exercícios de equilíbrio estático e dinâmico sentado (leito e cadeira), transferência para cadeira; - Realizar o treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado; - Incentivar a participação ativa da pessoa em todas as atividades e reforço positivo; - Proporcionar o envolvimento do cuidador, nas atividades terapêuticas após instrução, ensino e treino e esclarecimento de dúvidas; - Reforçar o ensino ao Sr. S e cuidador sobre a importância do posicionamento em padrão anti-espástico; - Estimular o Sr. S e cuidador a efetuar mobilizações, rolar, transferência e posicionamentos em padrão anti-espástico 	<p>membros superior e inferior do hemicorpo direito (escala modificada de Ashworth). Demonstra indiferença para o posicionamento em padrão anti-espástico.</p> <p>03/02/2015 Mantém indiferença para a alternância de decúbito e posicionamento em padrão anti-espástico. Efetuado levante para cadeira de rodas, realizado reforço do ensino para posicionamento anti-espástico no leito e cadeira de rodas ao Sr. S e cuidador.</p>
--	--	--	--	---

			(mesmo quando sentado), ao longo do dia e nos dias em que não há visita domiciliar; - Efetuar registros no SAPE	
26/01/2015	Alteração da necessidade humana básica de comunicar relacionada com AVC do hemisfério esq., manifestada por ligeira disartria	- Melhorar a qualidade da voz e de articulação das palavras.	- Realizar a avaliação neurológica, a nível dos pares cranianos que intervêm na articulação das palavras (IX e XII); - Ensino de exercícios de controle respiratório e de expansão torácica; - Ensino e treino de articulação de palavras, através da sua repetição, com ajuda silábica na 1ª sílaba, dando tempo para a sua expressão; - Incentivo à leitura em voz alta; - Articulação com terapia da fala - Estimular a participação ativa da pessoa e reforço positivo; - Envolver o cuidador, nas atividades terapêuticas após ensino, instrução e treino; - Efetuar registros no SAPE.	26/01/2015 O Sr. S. foi estimulado a comunicar pausadamente com controle respiratório. Ao longo da visita comunicava de modo mais perceptível. 03/02/2015 O Sr. S. apresenta discurso perceptível por períodos necessitando de estimulação para relembrar os ensinamentos de articulação de palavras.
26/01/2015	Alteração da necessidade humana básica de proteger os tegumentos, relacionada com imobilidade pós AVC, manifestada por ulcera de pressão de grau IV no calcâneo dto, face externa.	- Potenciar a cicatrização da úlcera de pressão; - Prevenir a ocorrência de outras úlceras de pressão	- Reforçar o ensino ao Sr. S e cuidador sobre prevenção de úlceras de pressão; - Vigiar integridade cutânea e as características da UP; - Estimular o Sr. S. e cuidador a efetuar alternância de decúbitos frequentes em padrão anti-espástico, com evitação do decúbito semidorsal esquerdo, ao longo do dia; - Incentivar o levante para cadeira de rodas, com almofada anti-escaras, com alívio de pressão de 30 em 30 minutos; - Estimular o Sr. S. e cuidador para o controle da humidade da pele (mudança frequente da fralda);	26/01/2015 UP com necrose seca superficial com integridade cutânea mantida, dimensão de 1X1 cm, sem almofada para alívio de pressão. 03/02/2015 UP com integridade cutânea mantida, com a mesma dimensão. Apresenta almofada para alívio de pressão

			- Efetuar registros no SAPE.	
26/01/2015	Alteração da necessidade humana de vestir e despir relacionada com AVC isquêmico esquerdo manifestada por dependência elevada no autocuidado: vestuário	- Que o Sr. S adquira um grau de dependência mínima no autocuidado: vestuário	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a participação ativa da pessoa em todas as atividades e reforço positivo; - Envolver o cuidador, nas atividades terapêuticas após instrução, ensino e treino e esclarecimento de dúvidas; - Realziar o ensino do vestir o hemicorpo afetado em primeiro e despir em último; -Realizar o ensino da utilização de vestuário adaptado às dificuldades presentes (roupas largas de fácil deslizamento e maior elasticidade, com elásticos ou velcro): - Realizar o Ensino do vestir a camisola sentado com a parte da frente voltada para baixo com o colarinho junto aos joelhos; -Realziar o Ensino do vestir as calças com o membro mais afetado cruzado sobre o membro menos afetado, vestindo até ao joelho só depois veste-se o menos afetado puxando-se as calças o máximo possível. Na posição de pé com apoio termina o vestir a calça; - Realizar o ensino do calçar as meias e os sapatos do mesmo modo onde as meias dobradas ao meio facilitam a tarefa; - Realizar o ensino no calçado da substituição de velcro ou uso de atacadores apertados de cima para baixo e uso de calcadeira de cabo longo facilitadores da tarefa. 	<p>26/01/2015</p> <p>O Sr. S. treinou o vestir da t-shirt sentado conseguindo realizar a maior parte da tarefa sozinho. Deitado realizou ¼ da tarefa de vestir as calças.</p>
26/01/2015	Alteração da necessidade humana de higiene corporal	- Que o Sr. S adquira um grau de dependência mínima no	-Estimular a participação ativa da pessoa em todas as atividades e reforço positivo;	<p>26/01/2015</p> <p>- Cuidadora já tinha providenciado alteração da banheira para poliban e</p>

	relacionada com AVC isquêmico esquerdo manifestada por dependência elevada no autocuidado: higiene	autocuidado: higiene	<ul style="list-style-type: none"> - Envolver o cuidador, nas atividades terapêuticas após instrução, ensino e treino e esclarecimento de dúvidas; - Realizar o ensino e verificação de adaptações do WC necessárias e ajustadas às limitações do Sr. S e seu cuidador (barras de apoio, uso de tapetes anti-derrapantes); - Providenciar cadeira de duche através de empréstimo da ECCI; - Realizar o ensino da verificação da temperatura da água, tendo presente a alteração de sensibilidade do hemicorpo mais afetado; - Incentivar o Sr. S. a utilizar dispositivos de compensação (escovas de pega comprida para lavagem de região dorsal) - Incentivar a utilização de corta-unhas específico ou tesoura de pontas redondas para o cuidado às unhas; - Incentivar a utilização de máquina elétrica de barbear; - Incentivar a utilização de um espelho enquanto se penteia, barbeia, lava os dentes para reintegração da imagem corporal e aumento da capacidade de autocuidado 	<p>colocação de barra de apoio neste. Facultada cadeira de duche.</p> <p>03/02/2015 Sr. S cuida da sua higiene oral e face. Ajuda parcialmente na transferência para cadeira duche e higiene corporal.</p>
--	--	----------------------	---	--

Apêndice III – Jornais de Aprendizagem



**5º CURSO DE MESTRADO
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**UNIDADE CURRICULAR:
Projeto de Estágio**

Jornal de Aprendizagem

Aluno: Andreia Duarte, nº 5492

Docente: Professora Vanda Marques

Orientador: Enfa [REDACTED]
(Serviço Neurocirurgia, [REDACTED])

**Lisboa
2014**

A realização deste documento pretende expressar sentimentos sentidos durante o ensino clínico e permitir a reflexão e autocrítica (construtiva) da minha atuação durante a prestação dos cuidados de enfermagem especializados em reabilitação. Para tal utilizo como base o ciclo reflexivo que Gibbs (descrição da situação, pensamentos e sentimentos vivenciados, avaliação da experiência, análise e conclusão).

1ª Semana:

Na primeira semana de estágio, muitas experiências novas foram vivenciadas, todas elas com efeitos positivos. O conhecimento da estrutura física do serviço, constituição da equipa multidisciplinar e sua dinâmica permitiu uma primeira abordagem para a minha orientação no espaço físico e modo de atuação dos diferentes elementos da equipa multidisciplinar. Neste dia foi positivo sentir a receptividade da equipa de enfermagem e sua disponibilidade para a aprendizagem e desenvolvimento profissional. Senti discreta ansiedade de como irá decorrer este campo de estágio. Nos dias seguintes colaborei com a enfermeira [REDACTED] em diferentes atividades. Tive a oportunidade de conhecer uma nova realidade (os cuidados de higiene ao doente totalmente dependente numa maca banheira, em “meio hospitalar”), de realizar transferência do doente da cama para cadeira de rodas/cadeirão e vice-versa, reabilitação funcional sensório-motora (movimentos ativos/passivos, estimulação sensorial), cinesiterapia respiratória, reabilitação sensorial (terapia neurónio em espelho). Foi bastante interessante e compensador pôr em prática todos os conhecimentos adquiridos no ano letivo anterior. Verifiquei que senti alguma ansiedade em todos os procedimentos novos que realizava e senti a necessidade de estudar e relembrar algumas temáticas, a cinesiterapia respiratória foi onde senti maior insegurança, e onde posteriormente, dediquei algumas horas de estudo. Tive a oportunidade de consultar e analisar o processo clínico (informatizado) do doente, neste âmbito não senti qualquer dificuldade, pois, já convivo com esta realidade há alguns anos. Ao consultar exames auxiliares de diagnóstico, senti alguma dificuldade na interpretação dos Rx tórax, expus essa dificuldade á enfermeira [REDACTED] que muito sedimentou os meus conhecimentos. Tive a oportunidade de efetuar a auscultação pulmonar, que também gerou em mim um pouco de stress, as dúvidas que surgirão foram momentâneas e tive o apoio da enfermeira orientadora para o esclarecimento destas.

Considero que esta semana de estágio foi bastante rica em elementos de aprendizagem, atuei adequadamente com responsabilidade e segurança em todas as atividades efetuadas, a minha conduta para com o doente/família e equipa multidisciplinar foi adequada.

Ponto fraco a melhorar: diminuir a ansiedade e tirar um maior partido do campo de estágio para a minha aprendizagem, maturação e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em reabilitação. A melhorar: as minhas bases teóricas para uma maior segurança antes, durante e após qualquer intervenção. A manter: a minha postura cordial e afável, a atitude responsável, atenta, interessada e humana para com o doente/família e equipa multidisciplinar.

2ª Semana:

Nesta semana prestei cuidados de reabilitação funcional respiratória e motora nas unidades de cuidados intermédios e intensivos. Senti alguma dificuldade na realização das manobras acessórias torácicas, mas verifiquei com a enfermeira [REDACTED] a minha atuação, esta estava correta e observei que a dificuldade/ansiedade sentida estava dirigida para a pouca experiência que possuo no momento, agora era só desenvolver a minha sensibilidade e destreza. As mobilizações passivas demonstraram ser uma atividade bastante facilitada pela presença de variada informação na minha mente.

Nesta semana, verifico um crescimento na minha autonomia e segurança nos procedimentos, maior segurança e eficácia na observação e análise dos diferentes Rx tórax e auscultação pulmonar. A experiência de colocar um doente de cuidados de intensivos, em ventilação mecânica, em respiração espontânea, foi bastante positivo. Constatei pessoalmente a importância da atuação do enfermeiro especialista em reabilitação (com a colaboração da enfermeira [REDACTED] iniciei programa de reabilitação sensório-motora com desmame progressivo de sedação e sua suspensão, realizei mobilizações ativas/assistidas em todos os segmentos dos quatro membros, cinesiterapia respiratória e extubação orotraqueal com sucesso).

Senti que o meu desempenho tem tido um aumento gradual de segurança e eficácia. Efetuei pela primeira vez um programa de reabilitação sensoriomotora e respiratória apenas com supervisão, com sucesso, considero que a ansiedade sentida foi relativa e a minha prática demonstrou ser segura e correta.

Pontos a favor: trabalhar numa UCI permitindo diminuir a ansiedade e receio relativamente ao meio, postura segura, correta e interessada. Pontos a melhorar: praticar para melhorar a destreza, estudar para aumentar conteúdos e segurança durante os procedimentos.

3ª Semana:

Durante esta semana prestei cuidados aos doentes da unidade de cuidados intensivos (Sr. F. e Sr. A.), estive mais confiante e segura na mobilização dos diferentes segmentos dos 4 membros, bem como, proceder na cinesiterapia respiratória. Na unidade de cuidados intermédios tive o primeiro contacto com o ensino do doente consciente e colaborante. Fiquei um pouco ansiosa (que não deveria ficar, pois, sabia as bases e como proceder) e não soube expressar os meus conhecimentos, no entanto, após a atuação da enfermeira orientadora acabei por realizar o ensino adequado com as especificidades a melhorar.

Tive a oportunidade de prestar cuidados na enfermaria, ao Sr. J. doente acamado, totalmente dependente, score 10. Tive uma postura correta e segura. Realizei mobilizações passivas/resistidas corretamente, bem como, o programa de cinesiterapia respiratória. Realizei transferência do doente da cama para o cadeirão corretamente e de forma confiante. Observo um maior aperfeiçoamento da técnica.

Realizei ao Sr. C., um programa de reabilitação sensório-motora e respiratória com segurança e corretamente, e já atuei com maior firmeza e segurança nos ensinamentos ao doente da tosse, limpeza das vias aéreas e dissociação dos tempos respiratórios. Realizei avaliação e treino do equilíbrio estático e dinâmico, corretamente e com segurança, bem como, transferência para o cadeirão com ajuda parcial do doente, tive a oportunidade também de realizar treino da marcha.

Pontos positivos: Observo um crescente desenvolvimento e sedimentação dos conhecimentos adquiridos, maior segurança durante a prestação de cuidados.

4ª Semana:

Nesta semana prestei cuidados à Sra. C. que se encontrava na UCI, sem sedação, score 11, soube explicar todos os procedimentos ao doente, ter uma relação terapêutica adequada e proceder corretamente durante o programa de reabilitação. Prestei cuidados com supervisão ao Sr. J. na enfermeira, onde procedi a cinesiterapia respiratória e motora, realizei todos os passos adequadamente com segurança e corretamente. Prestei ainda cuidados aos doentes da unidade de cuidados intermédios onde desenvolvi os ensinamentos e mobilizações ativas, ativas/resistidas. Tive uma nova aprendizagem: o treino de marcha e utilização da escala de independência funcional. Tive algumas dúvidas, mas atempadamente solucionei-as com a enfermeira [REDACTED]. Procedi corretamente e com segurança.

Pontos fortes: Maior segurança, técnica correta, boa relação com equipa multidisciplinar.

A melhorar: Investir na relação terapêutica com a família.

5ª Semana:

Nesta semana tive a oportunidade de efetuar o treino de marcha utilizando o andarilho com a Sra. E., uma doente de 82 anos com alguma limitação na marcha pela idade e pelas alterações neurológicas adquiridas pela intervenção cirúrgica. Sabia como proceder e procedi corretamente estabelecendo uma relação terapêutica segura e estimulante para a intervenção em causa. Senti-me segura em todo o procedimento e tive sempre a presença da Enfª [REDACTED] que me conferiu bastante segurança.

Nesta semana mantive a prestação de cuidados especializados de reabilitação na unidade de cuidados intensivos e pude sedimentar a minha destreza, gestão de cuidados e competência relacional. Uma prática diária neste ensino clínico é a observação de Rx torácica e auscultação pulmonar, verifico que os conhecimentos no âmbito da imagiologia estão corretos, necessitando de aperfeiçoar a observação, observo que me sinto segura no modo como atuo e interpreto os sons respiratórios, confirmando com a enfª [REDACTED] a minha avaliação. Verifico que esta é correta segundo a situação em causa. Tive a oportunidade nesta semana de utilizar a nebulização para fluidificar as secreções, procedi corretamente. Observei pela primeira vez no Rx torácica uma atelectasia e efetuei cinesiterapia respiratória mais intensa com auxílio da enfª [REDACTED], decorreu bem e soube proceder. Cuidei da Sra A., doente com score 15, força muscular de grau 4. Realizei ensinamentos da dissociação dos tempos respiratórios, ensino da tosse e espirometria de incentivo com sucesso. Estive segura e correta durante os ensinamentos efetuados e mantive uma postura correta.

Pontos fortes: Maior segurança, procedimentos e conhecimentos teórico-práticos corretos e boa relação multidisciplinar

Pontos fracos: Alguma insegurança em alguns procedimentos.

6ª Semana:

Mais uma semana que senti a oportunidade de sedimentar os meus conhecimentos e procurar novas experiências de aprendizagem. Tive a oportunidade de prestar cuidados nos doentes, nos cuidados intermédios, doentes com menores limitações sensoriais e motoras e maior colaboração por maior resposta aos estímulos em redor. Nesta semana tive a oportunidade de realizar cinesiterapia no doente em tubo em t. Diariamente tenho a oportunidade de

sedimentar a avaliação da força muscular através da utilização da escala de Lower e verifico que, ainda por vezes, surgem algumas dúvidas na sua aplicação. A escala de Ashworth, poucas têm sido as oportunidades de utilização, e ainda observo existir insegurança na sua utilização. Aos prestar cuidados especializados a uma doente um pouco mais autónoma, tive a oportunidade de realizar mobilizações ativas/resistidas, procedi corretamente demonstrando e verificando os conteúdos teórico-práticos que possuo, a minha postura foi a correta transparecendo autonomia, segurança e eficiência. Tive a oportunidade de exercitar a minha intervenção na reeducação abomino-diafragmática, espirometria de incentivo, levante para cadeirão, treino equilíbrio sentado, estimulação para marcha com andarilho. Verifico que atuei corretamente transmitindo a informação necessária para o desenvolvimento da autonomia e capacitação da doente.

Num dos turnos tive a oportunidade de realizar cuidados apenas com supervisão. Foi bastante positivo pois observei e avaliei mais uma vez a minha postura, segurança e qualidade dos cuidados prestados, verifiquei que atuei corretamente sentindo realização pessoal no trabalho desempenhado.

Uma limitação que estou a sentir neste ensino clínico é a existência de poucas oportunidades para o estabelecimento de uma relação terapêutica com os familiares e a possibilidade de envolver estes na capacitação e autonomia do doente no processo de doença. Das poucas experiências que surgiram considero correta a minha atuação, respeitando o silêncio da família, permitindo a verbalização de receios. Ensinos ao prestador de cuidados, ainda não tive a oportunidade de realizar e de avaliar a minha atuação.

Pontos fortes: observo que o meu comportamento foi adequado, correto, seguro e confiante, sabia o que realizar e como proceder. Verifico ansiedade mais reduzida nos procedimentos efetuados.

Pontos fracos: Senti discreta insegurança no início da semana (notei que pela pouca riqueza de experiências na semana passada regredi um pouco), no entanto, no final da semana mostrei estar autónoma, segura e agi corretamente segundo os conhecimentos técnico-científicos adquiridos.

7ª Semana:

Mais uma semana, onde observo uma evolução positiva da minha aprendizagem, uma postura mais confiante e segura. Foi uma semana rica em experiências e carga de trabalho permitindo agilizar os recursos existentes.

No primeiro dia desta semana prestei cuidados aos doentes que se encontravam na unidade de cuidados intermédios. A Sra. E. apresentava-se entubada orotraquealmente, conectada a ventilação invasiva, estava consciente e bastante colaborante. Não senti dificuldade em avaliar a força muscular, em realizar mobilizações assistidas/resistidas e ativas/resistidas e em realizar cinesiterapia respiratória, na auscultação não senti também dificuldade e procedi corretamente em todas as intervenções.

A Sra. A. apresentava-se prostrada não respondendo a estímulos externos, localizava a dor. Prestados cuidados de reabilitação sem qualquer colaboração da doente. Realizei mobilizações passivas sem dificuldade ou dúvidas em como proceder, a cinesiterapia respiratória decorreu sem intercorrências procedendo corretamente. Durante a prestação de cuidados tive a colaboração da Enfª [REDACTED] nomeadamente na cinesiterapia respiratória. Prestei cuidados apenas com supervisão ao Sr. F. que se encontra neste momento na enfermaria. O Sr. F. apresentava score 8, por não abrir os olhos aos estímulos externos (verbal e tátil), sem resposta verbal e localizava a dor, efetuadas as mobilizações passivas dos 4 membros em todos os segmentos sem intercorrência, efetuada cinesiterapia com manobras acessórias, drenagem postural modificada, abertura costal seletiva e aspiração de secreções corretamente, sem qualquer incerteza ou insegurança, sem intercorrências. Na auscultação pulmonar não senti dificuldade em proceder e interpretar a auscultação. Administrada inaloterapia prescrita corretamente e sem qualquer dúvida. Não senti dificuldade no posicionamento do doente. Realizada estimulação sensório-motora verbal, tátil e propriocetiva sem dificuldade ou insegurança como proceder.

No dia seguinte desta semana senti que este foi um dia em grande, prestei cuidados aos doentes que se encontravam na enfermaria e unidade de cuidados intermédios. Fiquei responsável por quatro doentes tendo colaborado com a enfª [REDACTED] noutros doentes. Foi um dia bastante produtivo para o meu desenvolvimento teórico-prático. Durante a prestação de cuidados á Sra A., doente que apresentava um score de 10/11 na escala de Glasgow, abrindo os olhos ao chamamento e cumprindo ordens simples. Verifico que estive segura e confiante dos cuidados a prestar, depois de aferido com a enfª [REDACTED] verifico que o planeamento de cuidados especializados estão corretamente levantados. Realizei mobilizações passivas, ativas/passivas e ativas/resistidas com segurança e corretamente. Realizei programa reabilitação sensório-motora respiratória sem dificuldade com a colaboração da enfª [REDACTED]. Prestei também cuidados especializados ao Sr. F. realizando cinesiterapia corretamente e verificando o efeito imediato da minha atuação pela presença de um reflexo de tosse e limpeza das vias aéreas

eficaz. Realizei mobilizações dos 4 membros em todos os segmentos sem dificuldade, estive segura e confiante nos cuidados especializados realizados, e observei que a relação com o doente foi a correta, estabelecendo uma relação terapêutica com sucesso, estimulando verbal e taticamente o doente.

Tive a oportunidade de realizar cuidados de reabilitação ao Sr. L., um doente mais idoso com maiores limitações articulares pela idade e cognitivas pela intervenção cirúrgica, apresentava score 10 segundo a escala de Glasgow e mostrou-se pouco colaborante. Apresentava hemiparesia á dta com predomínio braquial e apenas foi possível realizar reeducação costal global com pouco efeito pela falta de colaboração do doente, foi respeitada a sua vontade e posteriormente realizado posicionamento em padrão anti-espástico sem dificuldade. Neste dia durante a passagem de turno foi referido pela restante equipa de enfermagem que a Sra E. apresentava espasticidade ao nível dos membros inferiores tendo surgido a oportunidade de sedimentar os meus conhecimentos utilizando a escala de Ashworth. Efetuei a avaliação da força e espasticidade segundo escala de Glasgow e Ashworth respetivamente, verifico alguma insegurança na utilização da escala de Ashworth pela pouca utilização desta, no entanto, soube efetuar a avaliação correta verificando esta com a enfª [REDACTED], realizada mobilizações dos 4 membros passivas/ativas/assistidas/resistidas incidindo nos membros inferiores, sem dificuldade. Efetuada reeducação abdomino-diafragmática e costal global com receptividade da doente, verificando o estabelecimento de uma relação terapêutica com a doente. Com a restante equipa verifico uma correta relação transmitindo a informação aos diferentes colegas para a continuidade de cuidados e excelência dos cuidados.

Efetuei cuidados com supervisão com segurança e sentindo realização pessoal nos cuidados prestados por observar postura e cuidados corretos.

No turno seguinte tive a oportunidade de prestar cuidados especializados de reabilitação á Sra. C., no momento, apresentava atelectasia no pulmão á esquerda foi realizada cinesiterapia respiratória com a colaboração da enfª [REDACTED]

. Verifico que estes não foram muitos eficazes na primeira intervenção, pela inexistência de tosse e limpeza das vias aéreas ineficaz. Não senti dificuldade em como proceder, verifico um pouco de inquietude em mim pela ineficaz limpeza das vias aéreas. Não senti dúvidas em como proceder na cinesiterapia e mobilizações de todos os segmentos dos membros. Efetuada drenagem postural clássica sem dificuldade. Neste dia prestei cuidados á Sra. E. apenas com supervisão não senti dificuldade, realizei espirometria de incentivo com tubo em T sabia como

atuar e atuei corretamente. Restantes cuidados como a cinesiterapia, auscultação pulmonar e mobilizações dos membros, inaloterapia procedi corretamente com segurança e eficácia. Verifico que a relação estabelecida com a equipa multidisciplinar é a correta e que a relação estabelecida com a família denota maior segurança, uma correta postura e maior iniciativa.

Pontos fortes: Segurança no modo de proceder, saber proceder corretamente, necessidade de sedimentar os conhecimentos teórico-prática.

8ª semana:

No início desta semana como em muitos outros dias existia apenas um enfermeiro de cuidados especializados em reabilitação para os doentes nos três tipos de cuidados: enfermaria, cuidados intermédios e cuidados intensivos. Foi realizado levantamento de necessidades de cuidados especializados de reabilitação e planeados os cuidados para cada doente, para tal, foi elaborado um plano de cuidados mental onde verifico com a enfª [REDACTED] a gestão de prioridades e planeamento de cuidados especializados. Fiquei responsável pelo Sr. F., Sra. A. e Sra. E, doentes que se encontravam na enfermaria e que já tinha prestado cuidados e, nos cuidados intermédios fiquei também responsável pelo Sr. J. Neste dia apenas tive a supervisão da enfª [REDACTED] e procedi corretamente.

O Sr. F. mostrou uma grande melhoria do seu estado clínico hoje, já apresentou um score de 12, segundo a escala de Glasgow. Realizei reabilitação sensório-motora e cinesiterapia respiratória sem incertezas ou receios. No final verifico que procedi corretamente. Efetuei levante para cadeirão com apoio e também considerei o meu procedimento correto. Efetuei teste do equilíbrio sentado estático e dinâmico sem qualquer dificuldade e mais uma vez tive a oportunidade de efetuar teste de disfagia. Sabia os passos a efetuar e agi corretamente. A Sra. E. apresentava score 15, apresentando défice motor no membro inferior esquerdo. Avaliada força muscular, apresentando força 5 nos membros superiores, e força 4 no membro inferior direito e força 2 no membro inferior esquerdo. Foi efetuada cinesiterapia respiratória funcional realizando reeducação diafragmática e dissociação de tempos respiratórios sem dificuldade. Na auscultação pulmonar não senti dificuldade. Tive a oportunidade de realizar levante para a cadeira de rodas com o auxílio de tábua de transferência sem dificuldade e agi corretamente. Soube atuar com segurança e corretamente.

Nos cuidados intermédios onde se encontrava o Sr. J. verifico que não é possível realizar o plano de cuidados inicialmente idealizado para o doente por hiper-reactividade a estímulos externos e desadaptação ventilatória, por verificar que a estimulação externa não era benéfico

para o doente e suspendi o programa de reabilitação sensório-motora inicialmente estabelecido. Observo que agi corretamente.

Ao prestar cuidados especializados á Sra. A. verifico que apresenta um score 14, segundo a escala de Glasgow, apresentando alguma lentificação do pensamento, falta de atenção e discreta descoordenação motora dos membros inferiores para a marcha. Realizada estimulação da memória e atenção, cinesiterapia respiratória através do ensino da dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática e treino de marcha. Agi corretamente segura e sem dificuldades. A Sra. A. apresentava alta clínica planeada para breve, neste dia projetava realizar ensinios ao prestador de cuidados, para a utilização de estratégias de capacitação e aumento de autonomia da Sra. A, que acabou por ficar pendente pois durante o turno da manhã a Sra. A. não recebeu visitas e não foi possível realizar os ensinios.

Pontos fortes: Maior segurança durante todos os procedimentos e planeamento dos cuidados especializados.

No penúltimo dia de ensino clínico fiquei responsável por dois doentes que se encontravam na unidade de cuidados intermédios, realizei cuidados especializados de reabilitação com segurança e eficazmente. Senti segurança em todos os procedimentos o que me deixou bastante contente, por observar um crescimento de segurança e tranquilidade. Iniciei o dia por prestar cuidados de ER ao Sr. J., doente com sedação, com necessidade de realizar bólus de sedação por contrariar toda a força, realizada cinesiterapia que decorreu sem intercorrências. Realizadas mobilizações passivas e cinesiterapia corretamente e com efeito. Prestei também cuidados á Sra. E. com traqueostomia, realizada cinesiterapia respiratória com reeducação diafragmática e costal com bastão, mobilização sem dificuldade. Agi corretamente e com segurança.



5º CURSO DE MESTRADO
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

UNIDADE CURRICULAR:
Projeto de Estágio

Jornal de Aprendizagem

Aluno: Andreia Duarte, nº 5492

Docente: Professora Vanda Marques

Orientador: Enfa [REDACTED]
Unidade de Cuidados Continuados de [REDACTED]

Lisboa
2014

Do mesmo modo que o anterior jornal de aprendizagem pretendo com a realização deste, o relato do crescimento e maturação profissional sentidos, bem como, a expressão da transformação e evolução, por mim sentidas ao longo das 9 semanas de ensino clínico, no âmbito da aquisição de competências de enfermeiro especialista de reabilitação na comunidade. Para a elaboração deste documento mantenho como base o ciclo reflexivo de Gibbs, utilizando a descrição/reflexão de uma ou mais situações, pensamentos e sentimentos vivenciados, avaliação da experiência, análise e conclusão obtida.

1ª Semana:

No primeiro dia deste ensino clínico tive a oportunidade de tomar conhecimento da constituição da equipa multidisciplinar e conhecer os seus diferentes elementos, todos eles foram muito simpáticos e acolhedores facilitando bastante a minha integração na UCCI (Unidade de Cuidados Continuados Integrados) de [REDACTED]. Neste dia tive a oportunidade de assistir à reunião semanal da ECCI (Equipa de Cuidados Continuados Integrados) que considerei uma experiência positiva, pois, transpareceu uma parceria no cuidar bastante benéfica para o utente/família e equipa multidisciplinar. Neste dia, tive ainda a oportunidade de efetuar com a Enfª [REDACTED], dois domicílios e estabelecer dois programas de reabilitação: sensório-motor e respiratória. A Sra. M.J. sofreu um AVC isquémico a nível do território da artéria cerebral média à esquerda apresentando hemiparesia direita, afasia de expressão e neglét, realizei mobilizações passivas e posicionamento em padrão anti-espástico, sem qualquer dificuldade, senti-me segura no programa estabelecido e verifiquei que procedi corretamente nas vertentes teórico-prática e relação terapêutica. Outro utente que visitei foi o Sr. A.G., utente de 85 anos de idade, acamado, com antecedentes de HTA, dislipidémia, apneia de sono, AVC de repetição, demência arteriosclerótica e perturbação afetiva bipolar (informação do processo clínico do doente) apresentando pouca interação com o meio envolvente e com discurso escasso, monossilábico apenas por períodos. Estabeleci um programa sensório-motor e respiratório sem dificuldade, agi corretamente e verifico que senti a segurança e destreza necessária para intervir transparecendo para o doente e sua esposa os conhecimentos corretos e competência.

No dia seguinte tive a oportunidade de realizar diferentes domicílios tendo o contacto com diversas famílias e dinâmicas familiares. Foi um dia bastante rico em todas as vertentes de aprendizagem, tive a oportunidade de prestar cuidados especializados à Sra P. uma utente idosa de 94 anos de idade que teve uma queda no domicílio do qual resultou uma fratura, desta intervenção cirúrgica e internamento adveio as consequências da imobilidade no leito, neste

momento a Sra. P. já efetua levantar e marcha com apoio de andador e terceira pessoa, neste programa de reabilitação sensório-motor foi realizado treino de marcha com andador e exercício de tolerância ao esforço a nível dos membros inferiores. Outros programas de reabilitação sensório-motora estabelecidos foram os programas à Sra. L.P e Sra. C.C. que incluíram mobilizações em todos os segmentos do corpo contrariando o padrão espástico que já se observava em ambas as utentes. No final do dia, refletindo a minha atuação verifico que foram estabelecidos os programas de reabilitação adequados ao doente e situação (com supervisão e acordo da Enfª [REDACTED]). Agi corretamente, com segurança transparecendo esta para o utente e sua família. Foram diversas as experiências vivenciadas neste dia e tive a oportunidade de desenvolver a minha destreza, observo que atuei sem qualquer dificuldade, sabendo como proceder em cada programa de reabilitação estabelecido e no final senti bastante realização no trabalho desenvolvido.

Verifico que neste ensino clínico tenho a oportunidade de estabelecer programas de reabilitação a utentes bastante colaborantes e bastante atentos a todos os procedimentos efetuados, como o caso do Sr. A.L. (doente crónico com DPCO que convive com a sua doença há muitos anos e sabe perfeitamente como agir). Foi estabelecido um programa de reabilitação respiratória e reforçado ensino ao Sr. A.L., no final verifico que procedi corretamente e transpareci para o utente confiança e competência. Este utente pela cronicidade da sua doença, muito já sabia em relação à sua doença, comportamentos corretos a ter, bem como o programa de reabilitação respiratório a efetuar. Mais uma vez verifico a importância do enfermeiro de reabilitação, no ensino para a capacitação e autonomia do utente, bem como, o excelente trabalho desenvolvido pela enfermeira [REDACTED].

Nesta primeira semana de estágio e analisando todo o percurso realizado até então, considero as experiências vivenciadas bastante significativas para a minha aprendizagem inculcando em mim maior autonomia, segurança e maturação profissional como especialista de reabilitação. Considero que a relação que estabeleço com o utente e família é correta e oportuna para o estabelecimento de uma relação terapêutica, adequada às necessidades de cada utente e sua família. Neste campo de estágio a diferença de prestar cuidados de reabilitação no domicílio do utente permite-me observar as diferentes realidades de cada família, observar as dificuldades económicas de cada um, as características pessoais de cada família, a solidão de alguns cuidadores idosos que no campo de estágio num meio hospitalar muitas vezes não é possível, por estarmos protegidos pelo próprio meio institucional com regras, rotinas e horários.

Nesta semana observo maior solidificação de conhecimentos teórico-práticos durante a realização dos diferentes domicílios e o estabelecimento de diferentes programas de reabilitação sensório-motor e respiratório. Mais uma vez, verifico o grande trabalho desenvolvido pela equipa dos cuidados continuados, a sua persistência e luta contra todos os condicionalismos do cuidar na comunidade. Verifico que possuo os conhecimentos corretos, interligando-os e utilizando-os para o estabelecimento de programas de reabilitação adequados á situação em causa, verifico que ainda tenho muitos conhecimentos para solidificar e pesquisar nomeadamente no doente com AVC e doente com traumatismo vertebro-medular, pois, pretendo adquirir maior “bagagem” teórico-científica que permita realizar cuidados de enfermagem em reabilitação com eficácia e excelência, como desejo.

Durante a semana tive a oportunidade de acompanhar uma nova realidade: o utente paraplégico. Este utente teve acompanhamento pelo centro de reabilitação do hospital Curry Cabral e após o seu internamento hospitalar já se apresentava um pouco autónomo nas AVDs, transferências e mobilizações. O acompanhamento mantido por este centro de reabilitação cingia-se agora a consultas marcadas á posteriori da alta desta instituição. O acompanhamento dos cuidados continuados iniciou-se por ensino, capacitação e autonomia nas AVDs, mobilizações e transferências, bem como, todo o processo burocrático de legalização da cidadania, utilização de recursos na sociedade facilitadores da sua integração, e obtenção de produtos de apoio. Ao estabelecer uma relação terapêutica verifico a capacitação e autonomia adquiridas, onde o Sr. A.P. realiza autonomamente as diferentes tarefas do dia-a-dia, e a sua maneira de estar bastante positiva. Deste utente, retenho a ideia de ter observado a sua força interior e resolução favorável da transição saúde/doença, quando verbalizou que apesar de ter um guia para as mobilizações passivas e ativas dos diferentes segmentos do corpo, ele já tinha os seus próprios exercícios.

Tive ainda a oportunidade de visitar um novo utente, este utente estaria na rede entre 2 a 3 semanas, altura em que iria para uma unidade de convalescença para obter um programa de reabilitação mais exaustivo (uma das limitações que a rede de cuidados continuados depara-se é existir apenas um enfermeiro de reabilitação para a população da UCCI, o que traduz a visita do enfermeiro de reabilitação, uma vez por semana ou talvez duas, segundo a necessidade/disponibilidade do enfermeiro). O Sr. V.C. tinha sofrido um AVC isquémico do qual resultou hemiparesia direita, na primeira observação este apresentava-se orientado no tempo e espaço, colaborante dentro das suas possibilidades, foi estabelecido um programa sensório-motor que incluía mobilizações passivas, ativas/assistidas em todos os segmentos do

corpo com maior incidência no lado mais afetado e posicionamento em padrão anti-espástico, feito ensino ao utente com pouca interiorização da informação e reforçado este ensino ao cuidador principal com recetividade. Foi interessante a oportunidade de realizar a avaliação de um utente consciente e orientado que possibilitava a resposta para uma avaliação neurológica completa, no entanto, pelo condicionalismo do tempo este acabou por não ser feito na íntegra.

Outra nova realidade foi sedimentar os meus conhecimentos teórico-práticos num programa de reabilitação sensório-motor na pessoa com espasticidade instalada, poucas foram as experiencias vivenciadas no ensino clínico anterior e muitas dúvidas e inquietações existiam. O Sr. A.O. apresenta Síndrome de Cadasil há muitos anos o que levou progressivamente a estar confinado ao leito, neste momento não consegue verbalizar uma palavra, embora interaja com o meio exterior com o olhar e mobilização ativa da cabeça e braço esquerdo á dor. Apresenta espasticidade grau 3 (segundo a escala de Ashworth modificada) em todos os segmentos do corpo. Observo que aos poucos, vou melhorando e aperfeiçoando a minha prestação de cuidados, durante o programa sensório-motor estabelecido, sabendo como agir e tendo segurança no modo de atuar. Outra mais-valia deste campo de estágio tem sido a sedimentação e a aprendizagem na área de reabilitação respiratória, que tem-se mostrado bastante benéfico para o meu desenvolvimento teórico-prático nesta valência de reabilitação.

2ª Semana:

Nesta semana mais uma vez sedimentei os conhecimentos teórico-práticos que possuo, começo a conhecer um pouco mais a dinâmica de trabalho na comunidade, dentro do lar dos diferentes utentes desta vila. Observo maior crescimento na relação terapêutica estabelecida com os diferentes utentes e sua família, e que a rotina que se estabelece no agendamento semanal, confere-me uma maior segurança. Esta permite-me avaliar a minha conduta e prestação de cuidados especializados em reabilitação com maior exigência e perspicácia. Observo que a segurança conferida pelo “rotineiro” permite-me procurar o estabelecimento de uma relação satisfatória, de confiança e segurança por parte do utente e sua família, bem como equipa multidisciplinar. Observo a necessidade neste patamar de crescimento, ser mais estimulante e proactiva para com o doente e família.

Durante esta semana considerei bastante positivo para a minha aprendizagem a observação do programa de reabilitação sensório-motor estabelecido pela Enfª [REDACTED] para o Sr. V.C. que incluiu para além da estimulação sensório-motora nos diferentes segmentos do corpo, treino do equilíbrio sentado estático e dinâmico e estimulação da memória, concentração e

atenção do utente. No final confirmei com a Enfª [REDACTED] todos os passos abordados verificando que os conhecimentos que possuía e modo de pensamento terapêutico seriam os corretos e adequados para o utente. Considerei bastante positivo esta experiência pois sedimentou mais uma vez os conhecimentos teórico-práticos que possuo.

3ª Semana:

Nesta semana senti, a que considero a única limitação deste campo de estágio. A Enfª [REDACTED] por desempenhar também funções de Enfª coordenadora da UCCI necessita de momentos para desempenhar as suas funções como tal, como estratégia utilizo estes períodos para a pesquisa, consulta bibliográfica e sedimentação de conhecimentos teóricos. Esta semana foi um pouco direcionada para a pesquisa e utilizei o tempo que dispunha para o conhecimento das características da população de [REDACTED], consulta de processos, normas, protocolos e informações da rede de cuidados continuados.

Ainda tive a oportunidade de realizar domicílios e executar os programas de reabilitação já estabelecidos assegurando a continuidade dos cuidados especializados em reabilitação levantados para os utentes: Sra. M.J. e Sr. A.G. Realizei os programas de reabilitação sensório-motor e reabilitação respiratória sem dificuldade ou insegurança e procedi corretamente.

Nesta semana tive ainda a oportunidade de observar uma nova realidade na comunidade e estabelecer mais uma nova relação terapêutica, o Sr. L.C. foi inserido na rede da UCCI há poucos meses atrás tendo estado internado no centro de medicina de reabilitação de Alcoitão. O Sr. L.C. aos 18 anos de idade teve um acidente por mergulho do qual resultou tetraplegia, neste momento com 35 anos de idade, vive com a sua companheira numa casa alugada onde não é possível realizar alterações estruturais para um ambiente mais seguro e confortável durante a realização das AVDs, apresentando diversos utensílios de apoio cedidos pelo centro de reabilitação de Alcoitão. O Sr. L.C. expressou a necessidade de dar seguimento ao seu programa de reabilitação, iniciado em Alcoitão, e coloca a possibilidade deste ser realizado numa instituição, bem como, expressa a vontade de adquirir um colchão anti-escaras e um trading frame. No momento, o Sr. L.C. pouco permite a abordagem da equipa multidisciplinar da UCCI mostrando-se sempre indisponível para uma nova visita. A equipa tem-se mostrado bastante flexível e disponível para as necessidades desta família, e no momento confere o espaço que o casal necessita.

4ª Semana:

Após a pausa letiva das férias de Natal verifico que mantenho a postura correta e atuação adequada para cada utente durante os programas de enfermagem de reabilitação estabelecidos para os diferentes utentes da UCCI. Durante esta semana pude sedimentar, mais uma vez, os meus conhecimentos teórico-práticos nos diferentes programas estabelecidos de reabilitação sensório-motor e respiratório nos diferentes utentes. Senti-me segura e agi corretamente em todos os programas de reabilitação verificando uma eficiente e correta abordagem. Tinha algum receio que sentisse a quebra pelo intervalo das férias letivas, no entanto, não a senti e agi naturalmente com confiança e segurança corretamente.

Verifico que este campo de estágio na comunidade tem sido um excelente ensino clínico permitindo uma diversidade e crescimento nas técnicas e abordagens de enfermagem de reabilitação. Observo que a população referenciada para a rede, apresenta-se bastante envelhecida e que a intervenção do enfermeiro de reabilitação, para além da promoção para a capacitação e autonomia do utente e sua família, acaba por incidir muito também na manutenção do conforto em utentes com alteração da mobilidade e todos os condicionalismos que desta advêm. Verifico que a atuação do enfermeiro de reabilitação, na manutenção do conforto no doente com AVC ou com doença crónica e com alteração da mobilidade torna-se bastante pertinente e importante.

Nesta semana senti um novo desafio: o Sr. A.V., um utente de 66 anos de idade é referenciado para a rede da UCCI por ter sofrido um AVC cerebeloso do qual resultou no momento da alta clínica discreta disartria, dismetria na prova dedo-nariz-dedo á direita e diminuição da sensibilidade algica á picada no membro inferior direito (segundo informação clínica do relatório de alta) e aguardar vaga numa unidade de convalescença. Na primeira visita foi realizada a avaliação neurológica do Sr. A.V. com a ajuda da Enfª [REDACTED], soube agir corretamente transparecendo segurança e confiança na minha atuação, no entanto, senti alguma ansiedade por ainda não ter toda a informação na minha mente, nomeadamente a identificação de todos os pares cranianos. Neste dia, senti a necessidade de sedimentar os meus conhecimentos, no âmbito da avaliação neurológica do doente, de modo a responder a 100% numa próxima vez. Tive a oportunidade de observar a atuação da Enfª [REDACTED] nesta avaliação que muito me ajudou a sedimentar questões e modos de atuação aquando da avaliação neurológica de um doente. Ao observar a Enfª [REDACTED] verifico que possuo grande parte do conhecimento teórico, agora falta por em prática (isso deixou-me muito realizada pois considero-me no bom caminho, observando a sua atuação vou delineando modos de agir).

Na segunda visita ao Sr. A.V. ficou combinado com o utente a entrega de um plano terapêutico personalizado adequado às suas limitações que foi entregue e explicado como efetuar cada exercício. O utente mostrou-se bastante recetivo e colaborante. Este plano foi realizado pela enfª [REDACTED] (plano este já efetuado pela própria em papel para facultar aos utentes) e considerei correto da minha parte, como aluna e futura colega de reabilitação não elaborar um plano de intervenção com a minha autoria pois a Enfª [REDACTED] já o tinha elaborado anteriormente, consultei-o e apenas considerei haver a necessidade de adicionar os exercícios de correção postural em frente a um espelho, o exercício da ponte e a mobilização ativa do pé em dorsi-flexão. Após ter consultado a Enfª Isabel estes foram acrescentados no plano terapêutico do Sr. A.V.

5ª Semana:

Nesta semana senti um novo desafio ao realizar um programa de reabilitação respiratória, diferente até á data, numa utente totalmente colaborante utilizando o ciclo ativo de técnicas respiratórias (CATR), senti-me inicialmente insegura por ainda não o ter utilizado mas com a ajuda da enfª [REDACTED] este decorreu muito bem, sabia os procedimentos a efetuar e como atuar, no entanto, observei que confundi a tosse dirigida com o “huff”. Com o apoio da enfª [REDACTED] verifiquei que o “huff” apresenta-se muito mais eficaz como método de limpeza das vias aéreas. No primeiro dia desta semana foram estabelecidos diferentes programas de reabilitação sensório-motora e respiratório corretamente e com segurança. Mais um dia que, observo que cresci um pouco mais quer a nível teórico, como a nível prático. Considero como pontos fortes na minha aprendizagem o meu interesse e empenho, bem como, a destreza e relação terapêutica estabelecida com o utente e sua família e a relação com os restantes elementos da equipa multidisciplinar.

No dia seguinte tive a oportunidade de acompanhar, mais uma vez, a situação do Sr. A.P., observo que o trabalho estabelecido pela equipa da UCCI foi excelente e que este jovem de 29 anos paraplégico, apesar de expressar a tristeza da sua incapacidade apresenta uma força interior que o capacita e o impulsiona para lutar. Nada disto aconteceria se a atuação da equipa de enfermagem, nomeadamente da Enfª [REDACTED] não permitisse ao utente a capacitação, autodeterminação e autonomia. Novamente, tive a oportunidade de visitar o Sr. A.V. e verifico que este e sua esposa se mostram bastante recetivos ao trabalho de enfermagem de reabilitação desenvolvido realizando todo o tipo de intervenções solicitadas, nomeadamente do plano terapêutico estabelecido. As suas questões e intervenções denotam o estabelecimento de uma relação de ajuda e relação terapêutica. Nos restantes domicílios e programas de reabilitação

sensorio-motor e respiratório estabelecidos, observo estar autónoma no seu planeamento e realização sentindo-me bastante segura no modo como proceder.

Nesta semana observei mais uma vez o meu desenvolvimento realizando os programas de reabilitação sem qualquer dificuldade á Sra. M. J., Sra. C.C., Sr. C.G. e Sr. J. B. Foram estabelecidos os diferentes programas de reabilitação sensorio-motor e respiratório segundo o utente e suas necessidades sem qualquer dificuldade.

Pontos fortes: interesse, empenho, segurança, conhecimentos teóricos e destreza.

Pontos a melhorar: expressão oral dos conhecimentos que possuo.

6ª Semana

Palavras-Chave: Enfermagem de Reabilitação, Reabilitação Paliativa

Esta semana mostrou-se produtiva, no âmbito da reabilitação paliativa, realizei diferentes programas de reabilitação sensorio-motora e respiratória aos diferentes utentes dos cuidados continuados. São utentes que pela cronicidade da doença, diferentes patologias e antecedentes pessoais, o enfermeiro de reabilitação pela sua intervenção, não conseguirá atenuar as limitações sensorio-motoras trazidas pela doença, no entanto, a sua ação irá intervir ativamente na manutenção do conforto e qualidade de vida. Segundo Javier et al. (2011) um dos grandes benefícios da reabilitação é manter o máximo nível de funcionalidade e capacitação da pessoa, o maior espaço de tanto tempo, quanto possível. Esta pode reduzir a sobrecarga das famílias e cuidadores melhorando a qualidade de vida e reduzindo a dor e ansiedade.

Nesta semana de estágio tive a oportunidade de assistir ao Colóquio de neurologia realizado pelo HGO intitulando-se “Doutor, quando dou por mim estou no chão!”, nele reuniram-se vários especialistas em diversas áreas afetas às Neurociências e em Medicina Geral e Familiar e em conjunto decorreu o debate e atualização dos aspetos das doenças neurológicas mais frequentes. Foram expostos 3 casos clínicos em mesa redonda (Caso Clínico 1 - Epilepsia, Caso Clínico 2 - Doenças do Movimento, Caso Clínico 3 - Doenças Vasculares Cerebrais) seguido de uma maior exposição das Doenças do Movimento e posteriormente exposição de comunicações orais (A enxaqueca; A Epilepsia e a Escola) e apresentação de cartazes: as alterações cognitivas no Parkinson, a polineuropatia periférica na síndrome de POEMS, complicação da trombólise iv utilizada no tratamento do AVC Isquémico, Depressão e pé pendente bilateral. Este mostrou-se bastante positivo para um aumento de conhecimentos na área de neurologia com temas bastante pertinentes.

7ª Semana

Palavras-Chave: Enfermagem de reabilitação, Avaliação neurológica, Plano de intervenção

Nesta semana para além dos diferentes programas de reabilitação sensório-motor e respiratórios definidos para os diferentes utentes da ECCI que decorreram sem dificuldade de atuação ou algum tipo de sentimento de ansiedade, segurança ou receio de atuar, realizei a avaliação neurológica de um novo utente da ECCI. Esta decorreu muito bem, soube definir todos os pares cranianos e todas alterações visualizadas, estabelecendo um correto programa de reabilitação para o Sr. S. e sua família. Realizei os registos na plataforma da rede de cuidados continuados e SAPE sem intercorrências.

8ª Semana

Palavras- Chave: Enfermeiro de reabilitação, promoção da saúde, Plano de intervenção

Nesta semana tive a oportunidade de acompanhar a enf^a [REDACTED] na reunião CLASP que reúne diferentes associações privadas e IPSS da região de Palmela com atuação sobre a população idosa desta região. Nela tive a oportunidade de observar a atuação do enfermeiro de reabilitação, na formação de diferentes profissionais de saúde e promoção da saúde atuando na área da ergonomia e mecânica corporal, prevenção de quedas na geração mais idosa desta vila.

Durante as diferentes intervenções como enfermeira especialista de reabilitação nesta semana verifico a sedimentação e segurança durante a mobilização dos diferentes segmentos do corpo, cinesiterapia respiratória e auscultação pulmonar. Verifico bastante segurança e eficiência nos programas de reabilitação sensório-motora e respiratórios planeados e executados. Neste campo de estágio um utente que mostrou-se bastante desafiante foi o Sr. S pela necessidade de estabelecer um programa sensório-motor global que incluísse a sua família. Este utente esteve numa unidade de convalescença da rede de cuidados continuados durante um mês e ainda demonstrava elevada dependência para as AVDs. Tive a oportunidade de realizar ensino de estratégias para aumento da capacitação do Sr. S no autocuidado, rolar, ponte, treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado, treino do equilíbrio estático na posição de pé observando uma recuperação gradual do doente.

9ª Semana

Palavras- Chave: Enfermagem de reabilitação paliativa, rede de cuidados continuados

Mais uma vez verifico a importância de uma abordagem de reabilitação paliativa. Observando a população ao cuidado ECCI toda ela bastante envelhecida com cuidadores idosos

a cuidarem de pessoas com elevada dependência e comorbilidades elevadas, urge a necessidade de uma abordagem paliativa de reabilitação que ofereça aumento do conforto, bem-estar, segurança e qualidade de vida destas famílias.

Nesta última semana de ensino clínico tive a oportunidade de sedimentar e aperfeiçoar os meus conhecimentos teórico-práticos, perante a prestação de cuidados especializados de reabilitação, verifico que presto cuidados corretos e eficientes dirigidos á pessoa e sua família mantendo uma postura correta, eficiente e segura. Tive a oportunidade de observar uma reunião da ECL (Equipa de coordenação Local) onde pude observar e verificar a atuação da rede dos cuidados continuados e sua atuação multidisciplinar, a atuação da EGA (Equipa de Gestão de Alta) a nível hospitalar e todo o percurso do doente e recursos na comunidade a utilizar. Estar presente nesta reunião, foi bastante proveitoso para tomar conhecimento de todos os recursos e percurso do doente a partir da alta hospitalar e seu percurso na comunidade, trabalhando nesta região, foi uma mais valia adquirir estes conhecimentos e verificar a resposta dos serviços de saúde na comunidade.

Pontos fortes: interesse, empenho, segurança, conhecimentos teórico-práticos, destreza e relação terapêutica estabelecida com os diferentes utentes e sua família.

Pontos a investir: Pesquisa e investigação científicas das diferentes abordagens de enfermagem de reabilitação denotando o grande contributo desta para os ganhos em saúde para a pessoa e sua família.



5º CURSO DE MESTRADO
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

UNIDADE CURRICULAR:
Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem

Aluno: Andreia Duarte, nº 5492

Docente: Professor Joaquim Paulo

Orientador [REDACTED]
(Serviço Cuidados Intensivos, [REDACTED])

Lisboa
2017

SIGLAS E ABREVIATURAS

AVDs – Atividades de Vida Diárias

CHS – Centro Hospitalar de Setúbal

EC – Ensino Clínico

EER – Enfermeiro especialista de Reabilitação

SCI – Serviço de Cuidados Intensivos

ml. - mililitros

O presente documento surge no âmbito do ensino clínico do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, tendo como objetivo o relato da aprendizagem experiencial durante as cinco semanas de ensino clínico no serviço de cuidados intensivos do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS), E.P.E.

À semelhança dos anteriores ensinamentos clínicos, este jornal de aprendizagem trata-se de um instrumento de registo e reflexão de situações vividas em contexto prático de ensino clínico. Com a sua utilização pretende desenvolver a capacidade de reflexão e análise crítica, indispensáveis para o seu processo de desenvolvimento profissional e pessoal. Para a realização do presente documento, teve como base de apoio, o modelo experiencial de aprendizagem de Kolb²⁶, o ciclo reflexivo de Gibbs²⁷.

Ao longo do ensino clínico teve a oportunidade de prestar cuidados especializados de reabilitação ao doente crítico através do planeamento e execução de programas de reabilitação funcional sensório-motora e reabilitação funcional respiratória. Considera este processo formativo bastante positivo para o seu desenvolvimento profissional, pois, considera que sedimentou e desenvolveu as competências propostas a atingir no relatório de estágio.

A unidade de cuidados intensivos do CHS é uma unidade de cuidados polivalente, com a lotação de sete camas, os doentes apresentam uma diversidade de patologias e comorbilidades associadas apresentando elevada dependência. Durante este ensino clínico teve a oportunidade de prestar cuidados especializados de reabilitação ao doente com patologia de foro médico e cirúrgico, desenvolvendo diferentes intervenções como, a avaliação neurológica e funcional do doente crítico, elaboração de programas de reabilitação/plano de cuidados, observação de imagens radiológicas, auscultação pulmonar, mobilização precoce do doente crítico, cinesiterapia respiratória, transferência e treino de marcha.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permite avaliar as necessidades de saúde da pessoa/família/comunidade e atuar em todos os contextos de vida destas, em todos os níveis de prevenção.

²⁶O Modelo experiencial de Kolb contempla uma perspetiva holística e integrante da aprendizagem experiencial, onde o pensamento reflexivo permite a melhoria da qualificação profissional. (Pimentel, 2007)

²⁷ A utilização do Ciclo reflexivo de Gibbs permite organizar e sistematizar o pensamento e traduzir pela escrita a experiência vivida, o que esta lhe permitiu ou permitirá no futuro...O exercício reflexivo através de jornais de aprendizagem permitem a discussão, confrontação e fundamentação da experiência. (Mendes, 2016)

Tendo por base os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista de reabilitação (EER), neste documento pretende relacionar as experiências vividas com as competências adquiridas ao longo deste processo formativo de cinco semanas.

1. Experiências vividas

Durante o ensino clínico teve a oportunidade de prestar cuidados especializados ao Sr. C., o seu internamento no serviço de cuidados intensivos foi bastante longo (32 dias) tendo desenvolvido polineuropatia dos cuidados intensivos. Verifica que pela intervenção diária da equipa de enfermagem de reabilitação são visíveis ganhos funcionais ao longo do internamento. A sua intervenção inicialmente passou pela avaliação neurológica e sensório-motora do doente, recolha de dados do processo clínico (observação de rx de tórax, registos médicos) e colheita de dados através da esposa (cuidadora principal) e doente, questionando as incapacidades sentidas, grau de independência anterior ao internamento, expectativas do processo saúde/doença.

Através da colheita de dados e avaliação do utente, foi elaborado um plano de cuidados para o Sr. C, posteriormente observado e discutido com a enfermeira orientadora de estágio. O plano de cuidados incluiu:

- ✓ Um programa de reabilitação funcional sensório-motora com mobilizações ativas/assistidas e mobilizações ativas/resistidas com faixas elásticas ou peso, nos diferentes segmentos articulares do corpo, treino de equilíbrio corporal, levante e transferência diária para o cadeirão, exercícios de pedaleira e treino de marcha em redor do leito. Verifica-se ao longo do internamento um aumento de força muscular nos diferentes segmentos articulares (inicialmente o Sr. C apresentava força grau 2/5 nos segmentos articulares dos membros superiores e força grau 1/5 nos segmentos articulares dos membros inferiores, segundo a escala de lower). Após as diferentes intervenções e cuidados especializados de reabilitação diariamente, verificou-se que o Sr. C., no final do internamento apresenta força grau 4/5 em todos os segmentos articulares dos quatro membros, colabora em todos os autocuidados, readquire o equilíbrio ortostático, realiza exercícios de pedaleira durante 1 min e marcha de 6 passos em redor do leito com tolerância ao esforço;

- ✓ Um programa de reabilitação funcional respiratória com reeducação funcional respiratória e cinesiterapia respiratória. Ao longo do internamento com os diferentes ensinos, o Sr. C. demonstrou adquirir os conhecimentos necessários na otimização da ventilação, realizando a dissociação de tempos respiratórios, aumento da tolerância ao esforço, tossir com vigor e eficácia com contensão da ferida cirúrgica e realizar volumes de espirometria de incentivo entre 500-1000 ml. No rx de tórax é observado uma melhor ventilação, com visualização de ambos os seios costo-frénicos e menor reforço hilar, na gasimetria arterial verifica-se uma melhoria dos parâmetros gasimétricos, com estabilização dos valores sanguíneos, sendo possível uma redução gradual de oxigenoterapia;
- ✓ Avaliação de disfagia e treino de deglutição, com introdução gradual de alimentos preferidos do doente. Após o rastreio de disfagia, a equipa de reabilitação verificou não existir sinais de disfagia e ser seguro alimentar o doente via oral. A sua intervenção passou pelo ensino da introdução gradual de alimentos de diferentes consistências e preferência do doente, supervisionar a ingestão dos alimentos e ensino à esposa e doente de manobras de compensação para o aumento gradual da autonomia do doente no alimentar-se. Ao longo do internamento, verifica-se o ganho funcional no auto-cuidado: alimentação. O doente consegue alimentar-se sozinho necessitando de ajuda na preparação dos alimentos.
- ✓ Recurso a estratégias de comunicação não-verbal, com redução de ansiedade e melhor comunicação do Sr. C. com a equipa multidisciplinar e família. Durante a sua intervenção verifica a ansiedade do doente em comunicar com os diferentes profissionais de saúde e a dificuldade sentida pelo Sr. C. na compreensão do seu discurso. Para compensar a limitação na comunicação do Sr. C. (pela presença de traqueostomia e dificuldade na perceção da expressão verbal), foi elaborada uma tabela com as letras do alfabeto e números. Quando não era perceptível a linguagem verbal, o Sr. C., recorria à tabela elaborada e construía as palavras/frases necessárias. Verifica que ao longo do internamento a utilização da tabela elaborada reduziu a ansiedade do Sr. C, da sua família e profissionais de saúde permitindo uma melhoria na comunicação.
- ✓ Redução de outros fatores consequentes da imobilidade no leito como o desenvolvimento de úlcera por pressão, processos de anquilose, fenómenos de

tromboembolismo, alterações cognitivas e do sono, delirium e depressão através de um programa de reabilitação e estimulação cognitiva o mais precoce possível. Ao longo do programa de reabilitação não foram observados nenhum dos fatores consequentes da imobilidade no leito.

No início do EC e também com objetivo de efetuar uma atualização de práticas, de enfermagem de reabilitação no doente crítico foi elaborada uma pesquisa de artigos científicos, que demonstrasse a evidência científica da segurança e efetividade da intervenção precoce do enfermeiro especialista em reabilitação no doente crítico.

Para a sua prática diária baseou-se nos artigos científicos dos autores Nordon-Craft et al. (2012) que descrevem um algoritmo de avaliação e progressão no programa de reabilitação do doente crítico, um esquema de avaliação geral para a fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos e estratégias específicas de intervenção ao doente crítico. Baseou-se ainda nos artigos de Lippshutz et al. (2013) que descrevem um algoritmo de adequação individual e critérios de exclusão de um programa de reabilitação precoce e de Lippshutz et al. (2012) que expressam as diferentes barreiras à reabilitação precoce no doente crítico e estratégias de superação das mesmas.

Com o objetivo de sistematização das intervenções de reabilitação e contributo para a elaboração de um protocolo de mobilização precoce nos cuidados intensivos (de acordo com os objetivos delineados pela equipa de reabilitação do CHS- SCI), partilha a informação adquirida dos diferentes artigos científicos através de formação informal, com os diferentes elementos da equipa de reabilitação durante as passagens de turno.

Durante as cinco semanas de ensino clínico teve a oportunidade de desenvolver as competências teórico-práticas, científicas e relacionais através da prestação de cuidados especializados de reabilitação ao doente crítico. Em cada turno eram distribuídos os doentes pela enfermeira orientadora do ensino clínico, ficando com a responsabilidade da prestação de cuidados especializados a dois ou três doentes sob supervisão. Considera o ensino clínico bastante proveitoso, onde pude desenvolver a destreza manual em diferentes intervenções:

- ❖ Mobilizações passivas, ativas/assistidas, ativas/resistidas com recurso a faixa elástica e pesos;
- ❖ Treino de equilíbrio sentado e ortostático, estático e dinâmico;
- ❖ Levante precoce para o cadeirão;
- ❖ Transferência para cadeirão/cama;

- ❖ Exercícios de pedaleira;
- ❖ Treino de marcha 6 passos em torno do leito, treino de marcha de 6 metros;
- ❖ Exercícios de reeducação funcional respiratória e cinesiterapia respiratória (dissociação de tempos respiratórios, exercícios de respiração diafragmática, com tonificação e recurso a saco de areia, exercícios de respiração costal global com bastão e costal seletiva, ciclo de técnicas respiratórias ativas, exercícios de expiração forçada, exercícios de tosse dirigida, inspirometria/expirometria de incentivo ao doente entubado orotraquealmente, com traqueostomia e apenas com aporte de oxigenoterapia, recurso a manobras acessórias, drenagem postural modificada com abertura costal, terapêutica de posição para drenagem de derrame pleural, recurso a coughassist²⁸ para toilette brônquica.

De salientar que a utilização de coughassist ocorreu após consulta de diferente evidência científica, apresentação do aparelho e informação partilhada pelo delegado comercial, esclarecimento de dúvidas e supervisão do enfermeiro orientador do ensino clínico.

Desenvolve ainda a capacidade de avaliação neurológica e sensório-motora do doente crítico, avaliação da deglutição/rastreo da disfagia; a capacidade de observação e análise de Rx tórax e auscultação pulmonar (o Workshop realizado na APER, demonstrou ser um contributo bastante positivo na aquisição de conhecimentos); capacidade de utilização de escalas e instrumentos de avaliação como as escalas de Lower, Borg modificada, Rass, rastreo da disfagia através da escala VVST. Ao longo deste percurso formativo desenvolve também a capacidade de transmissão de informação e continuidade dos cuidados especializados através da utilização do sistema informatizado SClinico (versão normalizada)²⁹, passagem de turno ao elemento de reabilitação distribuído para o turno seguinte, comunicação aos restantes profissionais de saúde (fisioterapeutas, médicos, enfermeiro equipa de gestão de alta).

2. Domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Após a síntese realizada de algumas experiências vividas neste ensino clínico, confronta agora as competências gerais e específicas do enfermeiro especialista, enumeradas pela Ordem dos Enfermeiros e efetua um balanço geral das competências adquiridas.

²⁸ É um dispositivo que permite a remoção de secreções brônquicas em doentes sem a capacidade de tossir eficazmente, através, de uma terapia não invasiva de insuflação e exsuflação mecânica do pulmão

²⁹ Em 2015, o CHS adquire a versão normalizada (pela Ordem dos Enfermeiros) de registos informáticos, anteriormente denominada SAPE.

Segundo a Ordem dos enfermeiros (2010), são quatro os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista:

A. Responsabilidade profissional, ética e legal;

Considera que durante o ensino clínico desenvolveu uma prática profissional e ética no campo de intervenção de enfermagem de reabilitação através da intervenção segura e responsável com base na sedimentação e atualização de conhecimento especializado de reabilitação (através da consulta de evidência científica, livros científicos e material lecionado), atualização de práticas e esclarecimento de dúvidas com o enfermeiro orientador. Respeita os princípios éticos e deontológicos da profissão, como o respeito pelo doente/família, dever do sigilo profissional, dever da excelência e humanização do cuidar. Ao longo deste processo formativo desenvolve a capacidade de avaliação e elaboração de planos de cuidados especializados de reabilitação, avaliação dos ganhos obtidos, com supervisão e orientação do enfermeiro orientador do EC. Ao prestar cuidados ao doente crítico promove o respeito pelos valores, costumes e crenças do doente/família através da sua participação no programa de reabilitação, avalia e pondera os riscos/benefícios da sua intervenção através da avaliação da resposta funcional e cognitiva do doente, recolhe informação e avalia a sua intervenção através de ganhos funcionais obtidos e parecer da enfermeira orientadora.

B. Melhoria contínua da qualidade;

Durante o EC teve presente o contributo para a realização de um protocolo de mobilização precoce do doente crítico, através da pesquisa e atualização de práticas da temática, partilha da evidência científica, benefícios da existência de um protocolo para a prática diária do EER nos cuidados intensivos e experiências vividas ao longo do EC, com a enfermeira orientadora e restantes elementos da equipa de reabilitação. O recurso de escalas e instrumentos de avaliação segundo as necessidades identificadas demonstraram os ganhos em saúde através da intervenção do EER e melhoria da qualidade de vida do doente e sua família. A elaboração de planos de cuidados individualizados e adequados às incapacidades e necessidades observadas, a avaliação contínua da sua adequação e efetividade, demonstraram ser comportamentos corretos e seguros da sua intervenção de reabilitação. Outro exemplo, refere-se a uma prestação de cuidados num ambiente terapêutico e seguro, através da manipulação cuidada dos diferentes dispositivos médicos em redor do doente crítico, o recurso à imobilização abdominal aquando do levante do doente para o cadeirão (respeitando o protocolo

de queda do hospital) e a utilização de medidas *standards* para os cuidados intensivos de controlo de infeção.

C. Gestão dos cuidados

Ao longo do EC após avaliação do doente e estabelecimento do programa de reabilitação, organiza as intervenções de reabilitação a realizar, discute com o enfermeiro orientador a intervenção e realiza-as de forma segura e responsável com base nos conhecimentos teórico-práticos adquiridos. Ao longo da sua intervenção, avalia a sua adequabilidade e efetividade, corrigindo e alterando as intervenções necessárias. Como exemplo, o Sr. F. durante o seu internamento desenvolveu polineuropatia dos cuidados intensivos, o seu programa de reabilitação incluiu inicialmente um programa sensório-motor com mobilizações passivas em todos os segmentos articulares dos quatro membros com desmame de sedação (em articulação com a equipa médica), estimulação cognitiva com estimulação sensorial (toque, estimulação propriocetiva), comunicação e orientação espaço-temporal, ensino á família da utilização/recurso de objetos, sons ou visita de pessoas significativas para o Sr. F. A cinesiterapia incluiu intervenções de otimização da ventilação, aumento de força muscular e *toilette* brônquica, através de manobras acessórias, drenagem postural modificada e exercícios de tonificação diafragmática. Pela acentuada fraqueza muscular, foi realizada traqueostomia, uma das intervenções passou pela gestão da comunicação não-verbal, através da utilização de expressões faciais como estratégia de comunicação.

Teve a oportunidade de colaborar com a equipa multidisciplinar dos cuidados intensivos no cuidado especializado de reabilitação, através da comunicação de avaliação neurológica do doente, ganhos funcionais obtidos com o programa de reabilitação, necessidade de intervenção da equipa médica para otimização dos parâmetros de ventilação mecânica do doente, articulação de informação com a equipa de gestão de altas para a continuidade de cuidados (rede de cuidados continuados) após a alta hospitalar, bem como, articulação com a equipa de fisioterapeutas, da intervenção de enfermagem de reabilitação e continuidade de cuidados multidisciplinares.

D. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Durante o EC teve presente diferentes momentos de autoavaliação da sua postura como estudante e futura enfermeira de reabilitação, da segurança e qualidade dos cuidados prestados. Ao longo de cada dia verificava as necessidades de sedimentação de conteúdos teóricos e

atualização de práticas, avaliava o plano de cuidados realizado para cada doente adequando às necessidades identificadas e objetivos estabelecidos. Ao longo deste processo formativo discutiu com a enfermeira orientadora as intervenções a realizar, demonstrando utilizar os conhecimentos adequados na prática especializada, de forma segura e competente. Considera que rentabilizou as oportunidades de aprendizagem ao longo das cinco semanas de EC, tomando a iniciativa, segurança e responsabilidade necessárias dignificando o cuidado especializado do enfermeiro de reabilitação.

Com o objetivo de atualização das práticas de enfermagem de reabilitação e suporte da prática clínica na mobilização precoce do doente crítico efetua uma scoping review, poster científico e pesquisa adicional de artigos científicos da temática, facultando a toda a equipa de reabilitação, a evidência científica mais recente para a construção de um protocolo de mobilização do doente crítico (necessidade identificada pela equipa de reabilitação, a ser desenvolvida para o ano de 2017).

3. Competências específicas do Enfermeiro Especialista de Reabilitação

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010) a intervenção especializada do enfermeiro de reabilitação assegura a manutenção das capacidades funcionais da pessoa, previne complicações e evita incapacidades, melhora as funções residuais, mantém ou recupera a independência nas AVDs e minimiza o impacto das incapacidades instaladas. Sendo as suas competências específicas: J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Realizando a autoavaliação do seu EC, tendo por base, cada uma das competências específicas do EER considera:

J1. Ao longo do EC, ao observar as práticas realizadas pelos elementos da equipa de reabilitação e pela prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, sob supervisão da enfermeira orientadora, adquiriu destreza nas diferentes intervenções e maior conhecimento científico na área do doente crítico. Estabelece diferentes avaliações sensoriomotoras, identificando as limitações e incapacidades trazidas pelo processo de transição saúde/doença vivida pelo doente crítico, á posteriori concebe planos de intervenção que promovem capacidades adaptativas de autocontrolo e autocuidado. Teve a oportunidade de implementar diferentes intervenções de reabilitação no doente crítico, otimizando e reeducando

as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório; avaliando os resultados das intervenções implementadas, através da análise dos ganhos em saúde a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia e qualidade de vida). Avalia a sua intervenção como correta e adequada, responsável e segura.

J2. Durante este percurso formativo no SCI-CHS teve a oportunidade de elaborar e implementar programas de treino de AVDs (auto-cuidado: higiene, auto-cuidado: vestuário, alimentar-se, transferir-se e deambular com apoio de andarilho), visando a adaptação às limitações da mobilidade, maximização da autonomia e de qualidade de vida. (intervenções estas expressas no plano de cuidados, do estudo de caso realizado).

J3. Durante este percurso formativo considera que atinge esta competência pela conceção e implementação programas de treino motor e cardiorrespiratório através de programas de reabilitação sensório-motora de mobilizações resistidas com peso de 1Kg, faixa elástica de tensão moderada a forte, programas de reabilitação respiratória de tolerância ao esforço, otimização da ventilação e *toilette* brônquica; pela avaliação e reformulação dos programas de reabilitação, em função dos resultados esperados; pela utilização de diferentes escalas e instrumentos de avaliação, evidenciando os ganhos em saúde, pela intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação.

No final deste processo de aprendizagem e aquisição de competências específicas de enfermagem de reabilitação, considera, que o ensino clínico sedimentou os seus conhecimentos teórico-práticos, permitiu um crescimento do conhecimento científico, relacional e prático, com atualização da intervenção de enfermagem de reabilitação no doente crítico. Considera a sua postura e conhecimentos teórico-práticos corretos e adequados, avaliando o seu ensino clínico em Muito Bom.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lipshutz, A. K. M., Engel, H., Thornton, K. & Gropper, M. a. (2013). Acquired Neuromuscular Weakness and Early Mobilization in the Intensive Care Unit. *Anesthesiology*, (1), 1.
- Lipshutz, A. K. M., Gropper, M. . (2012). Early mobilization in the intensive care unit: a systematic review. *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal*, 23(1), 5–13.
- Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica : Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 1–23.
- Nordon-Craft, A., Moss, M., Quan, D., & Schenkman, M. (2012). Intensive care unit-acquired weakness: implications for physical therapist management. *Physical Therapy*, 92(12), 1494–1506.
- Ordem dos enfermeiros. (2010a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. Acedido a 3/1/2016. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento competencias comuns enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20competencias_comuns_enfermeiro.pdf)
- Ordem dos enfermeiros. (2010b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 3/6/2014. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento CompetenciasReabilitacao _aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20CompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- Pimentel, A. (2007). A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. *Estudos de Psicologia*, 12(2), 159–168.

Apêndice IV – Plano de atividades do ano letivo 2016/2017



**7º CURSO DE MESTRADO
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**UNIDADE CURRICULAR:
Estágio com Relatório**

Plano de Atividades Formativas (Ano letivo 2016/2017)

Andreia Duarte
Discente nº 5492

Docente Orientadora:
Professora Vanda Marques Pinto

**Lisboa
2016**

SIGLAS

CHLO - Centro Hospitalar Lisboa Ocidente

CHS – Centro Hospitalar Setúbal

EER – Enfermeiro Especialista de Reabilitação

EEER- Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

SCI – Serviço de Cuidados Intensivos

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

Introdução

O presente plano de atividades surge no âmbito da unidade curricular Estágio com relatório inserido no 7º curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de reabilitação.

Durante o ano letivo 2015/2016, ainda inscrita no 5º curso de mestrado de enfermagem de reabilitação e após o ensino clínico em contexto hospitalar e comunitário, seria previsível a entrega de um relatório do ensino clínico, que expressasse a sua aprendizagem e vivências sentidas ao longo de 18 semanas de um processo formativo.

Por motivos pessoais, não foi possível responder ao *timing* estabelecido para a entrega deste relatório de estágio e, pretendendo finalizar o seu percurso formativo, realiza o reingresso no ano letivo 2016/2017.

Ao longo do ano letivo 2015/2016, com a intenção de concluir o seu percurso formativo, teve sempre presente a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação no seu dia-a-dia. Na sua prática diária, conciliou a aprendizagem de ensino clínico com a prestação de cuidados, verificando mais uma vez, a importância da intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação no doente crítico com alteração da mobilidade (título do seu relatório de estágio).

Durante este ano realizou também as diferentes correções estabelecidas, pela professora orientadora Vanda Marques Pinto no seu relatório de estágio, pesquisa bibliográfica em livros e diferentes bases de dados, procurando sedimentar e atualizar os seus conhecimentos na área de especialização de enfermagem em reabilitação.

Tendo presente o enunciado pela Ordem dos Enfermeiros (2010), referente às competências comuns e específicas do EER pretende com o novo percurso formativo, desenvolver o autoconhecimento e a assertividade baseando a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de desenvolvimento, cuidando da pessoa com necessidades especiais ao longo do seu internamento no serviço de cuidados intensivos (SCI) e capacitando a pessoa através da maximização da funcionalidade nas áreas sensório-motoras.

Com o seu reingresso, no sentido de ultrapassar qualquer constrangimento no seu percurso formativo, pretende durante as 18 semanas de ensino clínico:

- ✓ Realizar uma *scoping review* demonstrando a evidência científica da prática diária do enfermeiro especialista de reabilitação (EER), num serviço de

cuidados intensivos, sob a orientação de um EER e, efetuando a sua publicação numa revista científica;

- ✓ Revisitar os anteriores locais de ensino clínico, de modo a conhecer novas realidades e práticas do EER;
- ✓ Sedimentar conteúdos formativos e atualizar as práticas de intervenção do EER, bem como, o esclarecimento de dúvidas pontuais nos locais de ensino clínico visitados;
- ✓ Conhecer a visão e intervenção da Sociedade de Cuidados Intensivos perante a área de especialização de enfermagem de reabilitação nos cuidados intensivos;
- ✓ Assistir a jornadas e/ou congressos de reabilitação, na procura da atualização de práticas do EER
- ✓ Realizar uma Participação científica nas jornadas de reabilitação e/ou congresso de reabilitação, evidenciando a intervenção da área de especialização em enfermagem de reabilitação.

No sentido de dar resposta aos objetivos delineados, estabelece um plano de atividades, onde expressa as diferentes atividades a executar, objetivos a atingir e período de tempo a utilizar, que desenvolve no capítulo seguinte.

Durante o seu percurso formativo mantém presente o referencial teórico de Afaf Meleis, a teoria de transições, por considerar o modelo teórico mais direcionado, para um momento de alteração da condição de vida como, um internamento num serviço de cuidados intensivos.

A fundamentação para a execução deste plano de atividades será obtida através de pesquisa bibliográfica metódica e transversal a todo o processo de aprendizagem suportada em livros e artigos científicos através do motor de busca Google, com recurso a bibliotecas de referência e da base de dados EBSCO host, selecionando diferentes bases de dados como a CINHALL plus com full text, MEDLINE com full text, COCHRANE e SCIELO. Os termos de pesquisa utilizados serão: *critical care, critical illness, intensive care units, muscle weakness e polyneuropathies*. Os artigos a selecionar serão aqueles que sustentem a importância crescente da temática em estudo (intervenção do EER no doente crítico com alteração da mobilidade) e serão evidenciadas no relatório de estágio.

No presente trabalho serão expostas as atividades delineadas, objetivos a atingir e *timings* a cumprir durante o percurso formativo deste ano letivo, bem como, o cronograma das atividades anteriormente referidas. No decorrer deste trabalho serão remetidos para anexos os

diferentes guíões de entrevista utilizados, as referências bibliográficas utilizadas encontram-se descritas no último capítulo deste trabalho.

1. Plano de Atividades Formativas (Ano letivo 2016/2017)

Objetivo	Atividades a Desenvolver	Datas	Indicadores de Avaliação
Efetuar as correções necessárias no relatório de estágio, de acordo com a última orientação tutorial com a professora Vanda Marques Pinto e introdução do novo plano de atividades;	1) Verificação e correção do relatório de estágio (ano letivo 2014/2015); 2) Reformulação dos conteúdos do relatório de estágio, de acordo com o plano de atividades do ano letivo 2016/2017);	26 Set a 14Out. (3 Semanas)	- Realiza as alterações identificadas; - Reformula o relatório de estágio.
Revisitar os locais de ensino clínico do ano letivo 2014/2015	1) Constatar novas realidades e evidências científicas na prestação de cuidados do EEER nos diferentes contextos de ensino clínico já visitados, através de entrevistas (anexo I); 2) Descrever as atualizações de práticas do EEER que possam surgir; 3) Verificar a existência de novos instrumentos de avaliação na intervenção do EEER; 4) Esclarecer dúvidas que surjam, no âmbito da intervenção do EEER.	17 Out a 28Out. (2 semanas)	- Descreve a atualização de práticas, novas realidades e utilização de novos instrumentos de avaliação no relatório de estágio; - Descreve o esclarecimento de dúvidas, que surgiram, ao longo da sua nova ida aos locais de ensino clínico no relatório de estágio.
Efetuar reuniões de orientação tutorial com a professora Orientadora Vanda Marques Pinto	1) Exposição do trabalho realizado; 2) Verificação e correção do trabalho elaborado; 3) Esclarecimento de dúvidas relativas ao processo formativo do relatório de estágio	1ª) 31 Out a 4 Nov. (1 Semana) 2ª) 3 a 9 Jan. (1 Semana) 3ª) 6 a 17 Fev. (2 semanas)	- Efetua as correções necessárias no relatório de estágio
Objetivo	Atividades a Desenvolver	Datas	Indicadores de Avaliação
Efetuar uma Scoping Review que expresse a evidencia científica da prática diária do	1) Atualização e reflexão da intervenção do EER ao doente crítico, através da observação de	7 Nov. a 9 Dez. (5 Semanas)	- Observa e regista a intervenção do EER no serviço de cuidados intensivos do CHS;

EER num Serviço de Cuidados Intensivos	<p>práticas especializadas em unidades de cuidados intensivos, sob orientação de um EER;</p> <p>2) Pesquisar novos artigos científicos que demonstrem a evidência científica da atualização e reflexão das diferentes práticas observadas;</p> <p>3) Elaborar um artigo científico da scoping review realizada e publicá-lo na revista [REDACTED] do [REDACTED];</p> <p>4) Realizar uma Participação científica nas jornadas dos EEER do [REDACTED] [REDACTED] ou no congresso internacional de enfermagem de reabilitação da scoping review realizada em ensino clínico</p> <p>5) Assistir às jornadas dos EEER do [REDACTED] e congresso internacional de enfermagem de reabilitação</p>	<p>18 Novembro e 1 a 3 dez</p> <p>18 Novembro e 1 a 3 dez</p>	<p>- Verifica e descreve a intervenção do EER no doente crítico no serviço de cuidados intensivos do CHS;</p> <p>- Reflete as intervenções observadas e descritas;</p> <p>- Realiza a pesquisa bibliográfica da temática, que sustente a evidência científica da intervenção do EER ao doente crítico</p> <p>- Realiza um relatório das jornadas e congresso visitados;</p>
Conhecer a filosofia e intervenção da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) perante a área de especialização de enfermagem de reabilitação	<p>1) Realizar uma entrevista guiada por perguntas abertas (anexo II)</p> <p>2) Aferir a importância da intervenção do EER ao doente crítico perante a SPCI.</p>	12 a 16 Dez. (1 Semana)	- Realiza um relatório da entrevista efetuada;
Objetivo	Atividades a Desenvolver	Datas	Indicadores de Avaliação
Elaboração do Relatório de Estágio	<p>1) Reformulação dos conteúdos do relatório de estágio</p> <p>2) Elaboração do Relatório</p>	9 Jan. a 17 Fev. (6 Semanas)	- Efetua as alterações necessárias no relatório de estágio;
Entrega do Relatório de Estágio		20 Fev.	

2. Cronograma de Atividades Formativas:

Ano letivo 2016/2017																							
Objetivos	Meses	Set.	Outubro					Novembro				Dezembro				Janeiro					Fevereiro		
	Dias	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19		3	9	16	23	30	6	13	20
		30	7	14	21	28	4	11	8	25	2	9	16		2	6	13	20	27	3	10	17	
Efetuar as correções necessárias no relatório de estágio, de acordo com a última orientação tutorial com a professora Vanda Marques Pinto e introdução do novo plano de atividades;																							
Revisitar os locais de ensino clínico do ano letivo 2014/2015																							
Efetuar reuniões de orientação tutorial com a professora Orientadora Vanda Marques Pinto																							
Efetuar uma Scoping Review que expresse a evidencia científica da prática diária do EER, ao doente crítico, num SCI																							
Ano letivo 2016/2017																							
	Meses	Set.	Outubro					Novembro				Dezembro				Janeiro					Fevereiro		
	Dias	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19		3	9	16	23	30	6	13	20
		30	7	14	21	28	4	11	8	25	2	9	16		2	6	13	20	27	3	10	17	

Objetivos	30	7	14	21	28	4	11	8	25	2	9	16		2	6	13	20	27	3	10	17	
Conhecer a filosofia e intervenção da Sociedade de Cuidados Intensivos perante a área de especialização de enfermagem de reabilitação													Férias de Natal									
Elaboração do Relatório de Estágio																						
Entrega do Relatório de Estágio																						

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao prestar cuidados de enfermagem diariamente num SCI e ao observar a importância da intervenção do EER, nos ganhos em saúde do doente crítico, na redução do tempo de internamento numa unidade de cuidados intensivos e na crescente capacitação da pessoa e sua família numa transição saúde/doença sente que a sua intervenção como EER será bastante gratificante e indescritível gerando diferentes sentimentos de realização pessoal e profissional ao longo da sua profissão.

Com a realização deste plano de atividades pretende finalizar o seu percurso formativo, ultrapassando qualquer constrangimento que possa ter surgido durante o tempo de ausência “temporal” que, por motivos pessoais, assim ocorreu.

Pretende consolidar a sua formação de especialista em enfermagem de reabilitação, na temática do doente crítico com alteração da mobilidade e intervenção do EER no serviço de cuidados intensivos, que sempre lhe suscitou bastante interesse profissional.

Considera a intervenção do EER bastante valiosa em qualquer vertente, pois, assegurar a capacitação e maximização da funcionalidade da pessoa, a sua reinserção no meio familiar e comunitário, envolve as diferentes esferas do ser humano (bio-psico-social) revelando ser uma intervenção complexa e de extrema importância para a qualidade de vida da pessoa e sua família.

Com a execução deste plano formativo deseja ainda demonstrar a evidência científica da intervenção do EER, recorrendo a uma scoping review que expresse a realidade da prestação de cuidados especializados de um serviço de cuidados intensivos e, evidenciar a área de especialidade de enfermagem de reabilitação no doente crítico, com participações científicas em jornadas ou encontros de reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ordem dos enfermeiros. (2010a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. Acedido a 3/1/2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos enfermeiros. (2010b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 3/6/2014. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_CompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf

1) Serviço de Neurocirurgia, [REDACTED]

(a entrevistar: Sra. Enf^a-Chefe/ Enf^a EER: Enf^a [REDACTED] e
Enf^a EER: Enf^a [REDACTED])

Perguntas:

- Existem novos elementos na equipa de Reabilitação?
- Mantém-se como limitação na intervenção do EER, o reduzido número de recursos humanos?
- A área de abrangência do [REDACTED], serviço de neurocirurgia, mantém-se inalterável?
- Os diagnósticos clínicos de internamento mantém-se os mesmos do ano anterior?
- À semelhança do ano anterior, a intervenção do EER mantém-se dividida pelas 3 valências (enfermaria, cuidados intermédios e cuidados intensivos)?
- Quais as intervenções/ modo de atuação do EER que se alteraram no último ano?
- Qual a existência de trabalhos ou projetos científicos que demonstram a intervenção do EER no serviço de neurocirurgia do [REDACTED]? E apenas da sua intervenção nos cuidados intensivos?
- Existem projetos futuros planeados pela equipa de EER? Quais são?

2) ECCI, Palmela

(a entrevistar: Sra.Enf^a Coordenadora/ Enf^a EER [REDACTED])

Perguntas:

- Ocorreu alguma alteração na constituição da equipa de reabilitação da ECCI, [REDACTED]? Qual a possibilidade da existência de novos elementos especialistas em enfermagem de reabilitação?
- A população abrangida pelos cuidados de ECCI sofreu alguma alteração neste último ano?
- No seu entender, a intervenção do EER sofreu alguma oscilação neste último ano?
- Que limitações são sentidas na prática diária pelo EER?
- Existem projetos de EER delineados para o futuro. Se sim, quais são?

Anexo II – Guião de Entrevista aos elementos da Sociedade Portuguesa de Cuidados
Intensivos

(a entrevistar: elementos da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos)

Perguntas:

- Que elementos fazem parte da direção da sociedade portuguesa de cuidados intensivos
- Quais as parcerias existentes? E Qual a filosofia da sociedade de cuidados intensivos?
- Qual o seu papel e intervenção na sociedade? Quais as limitações sentidas?
- Quais são os projetos futuros?
- Qual o parecer da SCI perante a área de especialização de enfermagem em reabilitação num serviço de cuidados intensivos? E perante a existência de uma equipa de reabilitação?
- Que participações surgiram, nos últimos anos, em conferências e/ou jornadas da sociedade de cuidados intensivos? Que temáticas foram abordadas?
- Que evidência científica tem surgido da área de especialização de enfermagem de reabilitação na vossa revista?
- Ao longo dos tempos, acompanhando a evolução científica, qual o parecer da SCI relativamente á intervenção do EER no doente crítico?

**Apêndice V – Scoping Review “A Intervenção do EER no Doente Crítico com
Alteração da Mobilidade”**



7º CURSO DE MESTRADO
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

UNIDADE CURRICULAR:
Estágio com Relatório

Scoping Review: A Intervenção do EER no Doente Crítico com Alteração da Mobilidade

Andreia Duarte
Discente nº 5492

Docente Orientador:
Prof. Joaquim Paulo Oliveira

Lisboa
2016

SIGLAS

EER- Enfermeiro Especialista de reabilitação

SIRS – Síndrome de resposta inflamatória sistémica

ARDS – Síndrome de Insuficiência Respiratória Aguda

ÍNDICE

	Pág.
RESUMO.....	4
INTRODUÇÃO.....	7
1. ESTRATÉGIA DE PESQUISA	9
1.1. Critérios de inclusão e exclusão dos estudos	10
1.2. Análise dos estudos incluídos na Scoping Review	11
2. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	24
3. CONCLUSÕES.....	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28

RESUMO

Introdução à problemática

Ao longo dos tempos o investimento e melhoria da ciência e medicina tem proporcionado uma mudança no paradigma na taxa de mortalidade e morbidade nos doentes internados nos cuidados intensivos. A imobilidade e o tempo de permanência no leito surge como um fator potenciador de desenvolvimento de alterações neuromusculares no doente crítico. A criação de programas de mobilização no doente crítico, o mais cedo possível, surge como uma intervenção de estratégia na prevenção da incapacidade funcional e melhoria da qualidade de vida deste. A implementação de um programa de reabilitação, o quanto antes, obriga a uma mudança de paradigma nos cuidados intensivos, nomeadamente, ao tempo de permanência no leito e farmacoterapia utilizada, como por exemplo, a sedação e curarização. Existem diversas barreiras para a mobilização do doente crítico, nas primeiras 48 horas após a admissão em cuidados intensivos, no entanto, a mudança de paradigma tem demonstrado evidência científica na segurança e fiabilidade da mobilização precoce do doente crítico. (Lipshutz & Gropper, 2013)

Objetivos

A presente Scoping Review foca-se na pertinência da intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação (EER) que utiliza programas de mobilização do doente crítico, o mais cedo possível (primeiras 48 horas de admissão no serviço de cuidados intensivos), reduzindo a taxa de incapacidade funcional, tempo de internamento neste serviço e/ou hospitalar e aumentando a qualidade de vida do doente.

Pergunta de pesquisa/Critérios de inclusão

Qual a intervenção do EER no doente crítico com alteração da mobilidade?

Critérios de Inclusão:

✓ Tipo de participantes:

Foram considerados os estudos que incluíam, doentes internados nos cuidados intensivos, de ambos sexos e todas as faixas etárias. Em alguns estudos, incluiu-se o diagnóstico de polineuropatia.

✓ Tipo de intervenções:

Foram considerados os estudos que incluísem um programa de reabilitação, que abrangesse as intervenções do profissional, na prevenção da fraqueza muscular

adquirida nos cuidados intensivos, na mobilização precoce do doente crítico e efetividade e segurança da intervenção de reabilitação.

✓ Tipos de estudo:

Foram incluídos apenas os estudos qualitativos dos últimos cinco anos.

✓ Tipos de resultados:

O propósito desta revisão literária foi mapear a literatura existente, sobre o tema das alterações neuromusculares no doente crítico e quais os resultados obtidos da intervenção do profissional de reabilitação. A pesquisa baseada na evidência científica, até á data, identifica como resultados: segurança e fiabilidade de um programa de mobilização precoce, diminuição da incapacidade funcional no doente crítico, diminuição do tempo de internamento nos cuidados intensivos e internamento hospitalar, bem como, melhoria da qualidade de vida no doente internado em cuidados intensivos.

Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa utilizada foi elaborada em 3 etapas. A primeira correspondente a uma pesquisa nas bases de dados *MEDLINE with Full text*, *CINHAL Plus with Full Text*, *COCHRANE Database of Sistematic Reviewers*, através da plataforma agregadora *EBSCO HOST*. Foram utilizados os limitadores: artigos elaborados nos últimos cinco anos e artigos em *full text*. Na segunda etapa foram analisados os resumos e conclusões dos 14 artigos obtidos desta pesquisa, pela sua pertinência na temática foram extraídos 6 artigos. Por último, nas referências bibliográficas dos artigos anteriormente referidos, efetuou-se uma pesquisa adicional e foram incluídos os artigos que se encontravam no intervalo temporal dos últimos 5 anos e cujo título expressasse a temática em causa, num total de 8 artigos.

O conteúdo de cada artigo é analisado através da utilização da ferramenta de extração de dados do Instituto Joanna Briggs, JBI QARI data extration tool

Os achados serão apresentados na forma narrativa, incluindo tabelas.

Resultados

Onze artigos publicados em inglês foram incluídos nesta revisão pela estratégia de pesquisa supracitada. Foram incluídos apenas os estudos qualitativos. Partindo da questão proposta para esta revisão (Qual a intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação no doente crítico com alteração da mobilidade?), foram analisadas três categorias: mobilização

precoce do doente crítico, segurança e fiabilidade da intervenção e analisados os fatores benéficos da mobilização precoce do doente crítico (n= 10 estudos), fatores de risco da mobilização precoce do doente crítico (n= 3 estudos), redução do tempo de internamento hospitalar (n= 3 estudos), estratégias e intervenções de reabilitação na mobilização precoce do doente crítico (n= 7 estudos).

Conclusões

Com a elaboração de uma Scoping Review procurou-se obter a evidência científica dos últimos cinco anos na temática da mobilização precoce do doente crítico. Os benefícios foram reportados por 10 estudos, onde o sucesso da intervenção de reabilitação precoce infere a redução do tempo de internamento hospitalar. Existe segurança e fiabilidade da utilização de protocolos de mobilização precoce, no entanto, é necessária posterior pesquisa sobre a temática de modo a assegurar a fiabilidade da intervenção precoce de reabilitação no doente crítico.

Palavras-Chave

polyneuropathies, critical care, muscle weakness, muscle weakness rehabilitation, muscle weakness therapy, muscular diseases rehabilitation , muscular diseases therapy.

INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito do 7º curso de Mestrado de Enfermagem em Reabilitação, inserido no ensino clínico realizado no serviço de cuidados intensivos (SCI) do Centro Hospitalar de Setúbal, durante cinco semanas de estágio. Este tem como objetivo realizar a pesquisa da evidência científica nos últimos 5 anos e verificar a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no doente crítico com alteração da mobilidade.

Com a evolução científica e progresso farmacológico é observado uma mudança de paradigma da taxa de mortalidade e consequente aumento da sobrevida nos doentes internados em unidades de cuidados intensivos. A resposta terapêutica é na maioria das vezes direcionada para a administração de analgésicos e sedativos que permitem uma adequada ventilação, redução da dor, agitação, e/ou ansiedade. A imobilidade no leito influencia o grau de delirium, fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos, capacidade funcional reduzida, diminuição da qualidade de vida da pessoa durante e após a alta hospitalar. A fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos surge 48h após a admissão nos cuidados intensivos, e afeta entre 25% a 100% dos doentes, sendo o vetor de aumento da duração de ventilação mecânica e internamento hospitalar. (Cameron et al., 2015)

A fraqueza muscular é tipicamente simétrica, é observada predominantemente nos músculos proximais dos membros e músculos respiratórios e os músculos oculares e faciais não são afetados. É uma complicação frequente e está associada a elevada morbilidade e mortalidade do doente crítico, a recuperação pode levar semanas ou meses, onde os casos mais severos podem nem recuperar. Muitos são os fatores de risco reportados, mas são os diagnósticos de sépsis, síndrome de resposta inflamatória sistémica, disfunção multiorgânica, que desempenham um papel major no desenvolvimento das alterações neuromusculares do doente crítico. O tratamento da fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos, deve passar pela prevenção, através do controlo glicémico, redução do tempo de imobilidade no leito, redução de sedação para o mínimo possível e início precoce de programas de reabilitação ajustadas á situação clínica, força muscular e nível de colaboração do doente. (Hermans & Berg, 2015)

A polineuropatia é referida pelos autores, Mehrholz et al. (2015) como a complicação mais comum nos cuidados intensivos, do qual resulta fraqueza muscular dos membros e músculos respiratórios, aumenta a taxa de mortalidade e infere uma recuperação lenta (semanas a meses) com elevados *deficits* funcionais que condicionam a qualidade de vida da pessoa após a alta hospitalar. A implementação de um programa de reabilitação melhorará a capacidade

funcional do doente crítico e previne as complicações que advém do processo de imobilidade no leito. O avanço do conhecimento científico, para além de permitir o aumento da sobrevida do doente crítico, permitiu o avanço no diagnóstico das alterações neuromusculares e o seu tratamento.

Muitos são os autores que expressam a importância da implementação de um programa de reabilitação, o quanto antes, obrigando a uma mudança de paradigma nos cuidados intensivos, nomeadamente, ao tempo de permanência no leito e farmacoterapia utilizada. O custo elevado do tratamento do doente crítico com alteração da mobilidade e a elevada taxa de morbilidade após alta hospitalar surgem como dois fatores importantes a contornar. Existem diversas barreiras para a mobilização do doente crítico, no entanto, a mobilização precoce deve ser realizada nas primeiras 48 horas após a admissão em cuidados intensivos.

Os autores, Lipshutz & Gropper (2013), indicam como barreira da mobilização precoce do doente crítico, as situações de instabilidade hemodinâmica e ventilatória que obrigam a sedação profunda e imobilidade no leito, a presença de diversos dispositivos médicos (tubo endotraqueal, cateteres centrais, linhas arteriais), a presença de fármacos vasopressores, técnica contínua de substituição de função renal que limitam as mobilizações do doente crítico, e o delirium que limita a participação do doente no programa de reabilitação. Os autores referem que a mobilização precoce é eficaz e segura, revelando excelentes resultados, o uso de um programa de mobilização precoce do doente crítico. Do estudo de Morris et al. (2011), os autores referem que os doentes efetuaram levantar mais cedo (5 dias vs 11 dias), ocorreu diminuição do tempo de internamento na unidade de cuidados intensivos e hospital (5,5 dias vs. 6,9 dias).

A presente Scoping Review foca-se na pertinência da intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação (EER) que utiliza programas de mobilização do doente crítico, o mais cedo possível (primeiras 48 horas de admissão no serviço de cuidados intensivos), reduzindo a taxa de incapacidade funcional, tempo de internamento neste serviço e/ou hospitalar, aumentando a qualidade de vida do doente e redução de custos na saúde.

Para lhe dar resposta formulou-se a seguinte questão:

Qual a intervenção do EER no doente crítico com alteração da mobilidade?

A partir da questão levantada foi iniciada uma revisão de literatura sobre a temática, com as principais palavras-chaves, em bases de dados *on-line*, e verificou-se a existência de vasta evidência científica. Numa segunda fase, no sentido de delimitar e identificar os artigos que

melhor respondiam à questão formulada, realizou-se uma scoping review, cujo processo de pesquisa e análise de dados passo a apresentar.

1. ESTRATÉGIA DE PESQUISA

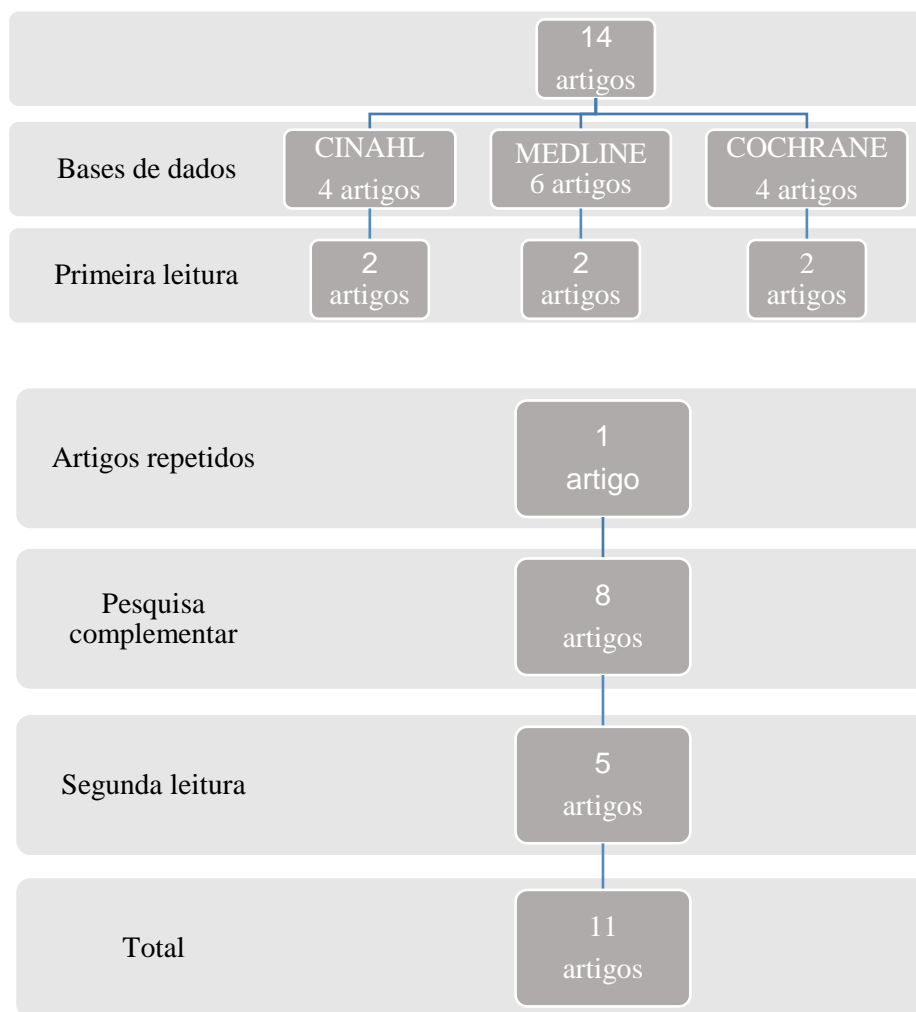
A pesquisa foi realizada em Outubro de 2016, em bases de dados eletrônicas. Os termos de busca resultaram numa pesquisa livre, em que se tentou apreender a lógica em que as bases estavam organizadas bem como os respectivos descritores, tendo concluído pelos seguintes termos de busca: polyneuropathies, critical care, muscle weakness, muscle weakness rehabilitation, muscle weakness therapy, muscular diseases rehabilitation, muscular diseases therapy, operacionalizados através da expressão booleana AND.

Foram considerados apenas os artigos em inglês, full-text e publicados entre 2012-2016. As bases de dados pesquisadas foram:

- *MEDLINE with Full text*, (6 artigos)
- *CINHAL Plus with Full Text*, (4 artigos)
- *COCHRANE Database of Systematic Reviewers* (4 artigos)

A pesquisa foi limitada aos campos major subject heading nas bases de dados *MEDLINE* e *CINHAL*.

Dos 14 artigos identificados foram retirados os que estavam repetidos e lidos os resumos de modo a efetuar uma primeira avaliação da sua pertinência face à questão a que me proponho a responder e aos principais critérios de inclusão. Foram assim nesta fase excluídos todos os artigos cujo tema não apresentava pertinência na temática em estudo. Por considerar a amostra obtida reduzida, foi efetuada uma pesquisa das referências bibliográficas dos artigos identificados, efetuou-se uma pesquisa adicional e foram incluídos os artigos que se encontravam no intervalo temporal dos últimos 5 anos e cujo título expressasse a temática em causa. Todos os artigos considerados relevantes, potencialmente relevantes ou que ofereciam dúvidas, no total de 11 artigos, foram lidos na íntegra com o objetivo de verificar o nível de cumprimentos dos critérios de inclusão e exclusão.



Fluxograma 1 - Artigos identificados, excluídos e incluídos na scoping review.

1.1. Critérios de inclusão e exclusão dos estudos

Elementos	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Doentes internados nos cuidados intensivos; ➤ Ambos sexos; ➤ Todas as faixas etárias; ➤ Diagnóstico de polineuropatia; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Doentes internados em outro serviço que os cuidados intensivos
Estudo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estudos qualitativos dos últimos cinco anos; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estudos cuja data de edição não abrange os últimos 5 anos

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estudos que expressam a experiência dos profissionais na mobilização precoce do doente crítico com alteração da mobilidade; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estudos que não expressam pertinência na temática da alteração da mobilidade do doente crítico
Fenómeno de Interesse	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Programa de reabilitação que abrangesse as intervenções do profissional, na prevenção da fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos, ➤ Programa de reabilitação na mobilização precoce do doente crítico ➤ Efetividade e segurança da intervenção de reabilitação. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estudos que não abrangem a intervenção do profissional na prevenção da fraqueza muscular adquirida através de programas de mobilização precoce do doente crítico;
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Segurança e fiabilidade de um programa de mobilização precoce ➤ Diminuição da incapacidade funcional no doente crítico ➤ Diminuição do tempo de internamento nos cuidados intensivos e internamento hospitalar ➤ Melhoria da qualidade de vida no doente internado em cuidados intensivos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estudos em que as intervenções de reabilitação não tiveram resultados positivos

Quadro 1 – Critérios de Inclusão/Exclusão

1.2. Análise dos estudos incluídos na Scoping Review

O conteúdo de cada artigo foi analisado através da utilização da ferramenta de extração de dados do Instituto Joanna Briggs, JBI QARI data extration tool (anexo I).

JBI Extração de Dados ESTUDOS EXPERIMENTAIS E OBSERVACIONAIS	
REVISORES:	Andreia, D.
DATA:	29/10/2016
TÍTULO:	Intensive care unit acquired Weakness.
ANO:	2015
AUTOR:	John, R. & Bapat, S.
JORNAL /REVISTA:	Anaesthesia and intensive care medicine
NÚMERO:	1
MÉTODO DE ESTUDO:	Retrospectivo
CONTEXTO:	Hospitalar
POPULAÇÃO:	Doentes com fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos
INTERVENÇÕES:	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os fatores de risco do desenvolvimento de fraqueza muscular adquirida; - Identificar os princípios de tratamento da pessoa com fraqueza muscular adquirida.
CONCLUSÃO DOS AUTORES:	<ul style="list-style-type: none"> - A mobilização precoce do doente crítico e o uso judicioso de sedativos, corticosteroides e bloqueadores neuromusculares poderão diminuir a incidência da fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos; - O início de um programa de mobilização precoce que inclua a estimulação sensório-motora e estimulação cognitiva melhora a independência funcional do doente.
COMENTÁRIOS DO REVISOR:	A intervenção de reabilitação através de um programa de mobilização precoce aumenta a capacitação funcional e cognitiva do doente crítico.

Quadro 2 – Síntese do Estudo 1

JBI Extração de Dados ESTUDOS EXPERIMENTAIS E OBSERVACIONAIS	
REVISORES:	Andreia, D.
DATA:	29/10/2016
TÍTULO:	Effect of physical therapy on muscle strength, respiratory muscles and functional parameters in patients with intensive care unit-acquired weakness
ANO:	2015
AUTORES:	Yosef-Brauner, O., Adi, N., Ben Shahr, T., Yehezkel, E., & Carmeli, E.
JORNAL /REVISTA:	Clinical Respiratory Journal
NÚMERO:	9 (1)
MÉTODO DE ESTUDO:	Estudo prospetivo simples de uma unidade de cuidados intensivos
PARTICIPANTES:	CONTEXTO: Hospitalar; POPULAÇÃO: 18 doentes com fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos
TAMANHO DA AMOSTRA:	18 Participantes <u>GRUPO I:</u> 9- grupo experimental <u>GRUPO II:</u> 9 – grupo de controlo
INTERVENÇÕES:	- Avaliar o efeito de um programa de reabilitação em doentes com fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos relativamente á força muscular, respiração e índices funcionais
CONCLUSÃO DOS AUTORES:	- A fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos é uma complicação comum. - Ocorreu um aumento significativo da força muscular quando utilizado um programa de reabilitação no doente crítico, bem como, ocorreu redução do tempo de internamento. - Torna-se crucial a implementação estruturada de protocolo de mobilização do doente crítico de modo a inferir uma intervenção de reabilitação eficiente e uniformizada.

COMENTÁRIOS DO REVISOR:	A intervenção do profissional de reabilitação permite reduzir a incapacidade funcional adquirida da fraqueza muscular dos cuidados intensivos, bem como, reduzir os custos do internamento por redução de dias de internamento.
--------------------------------	---

Quadro 3 – Síntese do Estudo 2

JBÍ Extração de Dados	
ESTUDOS EXPERIMENTAIS E OBSERVACIONAIS	
REVISORES:	Andreia, D.
DATA:	29/10/2016
TÍTULO:	Rethinking Mobility and Intensive Care Patients
ANO:	2015
AUTOR:	Makic, M. B. F.
JORNAL /REVISTA:	Journal of Perianesthesia Nursing
NÚMERO:	30(2)
MÉTODO DE ESTUDO:	Estudo retrospectivo
PARTICIPANTES:	CONTEXTO: Hospitalar; POPULAÇÃO: Doente crítico no período pós-operatório
INTERVENÇÕES:	- Repensar como e quando mobilizar o doente crítico
CONCLUSÃO DOS AUTORES:	- A mobilização precoce e progressiva o doente crítico deve ser iniciada o mais cedo possível no período pós-operatório. - A implementação de um programa de mobilização progressiva do doente crítico requiere uma abordagem multidisciplinar e deve conter um algoritmo de intervenção. - A utilização de um programa Bundle ABCDE reduziu a necessidade de ventilação mecânica de 3 dias, a incidência de delirium foi reduzida e não surgiram efeitos adversos. Este programa engloba a implementação de intervenções de despertar, coordenação na respiração, avaliação e gestão do delirium, e mobilização precoce.

COMENTÁRIOS DO REVISOR:	A intervenção de reabilitação permite reduzir a incapacidade funcional e cognitiva adquirida nos cuidados intensivos. Esta deve conter uma base sistematica e uniforme e deve ser iniciada o mais cedo possível.
--------------------------------	--

Quadro 4 – Síntese do Estudo 3

JBI Extração de Dados	
ESTUDOS EXPERIMENTAIS E OBSERVACIONAIS	
REVISORES:	Andreia, D.
DATA:	29/10/2016
TÍTULO:	Importance of early mobilization in critical care patients.
ANO:	2016
AUTOR:	Parry, A.
JORNAL /REVISTA:	British Journal of Nursing
NÚMERO:	25(9)
MÉTODO DE ESTUDO:	Estudo retrospectivo
PARTICIPANTES:	CONTEXTO: Hospitalar; POPULAÇÃO: Doente crítico no período pós-operatório
INTERVENÇÕES:	- Avaliar os efeitos da mobilização precoce no doente crítico
CONCLUSÃO DOS AUTORES:	- A mobilização precoce do doente crítico, embora se apresente, uma intervenção árdua e complexa, demonstra ter um impacto positivo na redução da incapacidade funcional e no delirium; - Um programa de mobilização precoce que inclui as mobilizações passivas no leito até ao sentar na beira do leito, reduz significativamente os dias de ventilação artificial e o delirium, e aumenta consideravelmente a capacidade funcional no doente crítico. -A formação de equipas especializadas na reabilitação do doente crítico reduz o impacto do elevado custo do doente crítico com incapacidade funcional adquirida nos cuidados intensivos.
COMENTÁRIOS DO REVISOR:	A intervenção do profissional de reabilitação permite reduzir a incapacidade funcional e cognitiva adquirida nos cuidados intensivos. O investimento na formação de profissionais especializados em

	programas de mobilização precoce do doente crítico permite a redução de custos na saúde.
--	--

Quadro 5 – Síntese do Estudo 4

JBÍ Extração de Dados ESTUDOS EXPERIMENTAIS E OBSERVACIONAIS	
REVISORES:	Andreia, D.
DATA:	29/10/2016
TÍTULO:	Acquired Neuromuscular Weakness and Early Mobilization in the Intensive Care Unit
ANO:	2013
AUTORES:	Lipshutz, A. K. M., & Gropper, M. A.
JORNAL /REVISTA:	Anesthesiology V
NÚMERO:	(1)
MÉTODO DE ESTUDO:	Estudo retrospectivo
PARTICIPANTES:	CONTEXTO: Hospitalar; POPULAÇÃO: Doentes internados em unidades de cuidados intensivos
INTERVENÇÕES:	- Demonstrar a segurança e eficácia da mobilização precoce do doente crítico
CONCLUSÃO DOS AUTORES:	<p>.- As alterações neuromusculares do doente crítico é comum (surgem entre 25% a 100% dos doentes com sépsis, disfunção multirgânica, SIRS, ventilação mecânica prolongada), persistente e surgem como um problema de saúde com implicações significativas na qualidade de vida da pessoa;</p> <p>- Existem barreiras para a mobilização precoce como a instabilidade hemodinâmica e ventilatória (onde os doentes apresentam parâmetros clínicos que obrigam ao repouso no leito), delirium que diminuem a colaboração de doente no programa de reabilitação, e diferentes dispositivos médicos que dificultam a mobilização do doente;</p>

	<p>- Os programas de mobilização precoce do doente crítico são seguros e eficazes, obtém resultados significativos na redução de incapacidade funcional adquirida nos cuidados intensivos e são considerados mecanismos de intervenção na prevenção da fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos.</p> <p>- Permitem a redução de custos na saúde reduzindo o tempo de permanência no leito (5 vs. 11 dias) e redução dos dias de internamento/incapacidade funcional do doente (5,5 vs 6,9 dias)</p>
COMENTÁRIOS DO REVISOR:	A intervenção de reabilitação com recurso de programas de mobilização precoce do doente crítico, reduz a incidência de incapacidade funcional e dias de internamento, permitindo reduzir custos na saúde.

Quadro 6 – Síntese do Estudo 5

JBI Extração de Dados	
ESTUDOS EXPERIMENTAIS E OBSERVACIONAIS	
REVISORES:	Andreia, D.
DATA:	29/10/2016
TÍTULO:	Intensive care unit-acquired weakness: implications for physical therapist management
ANO:	2012
AUTORES:	Nordon-Craft, A., Moss, M., Quan, D., & Schenkman, M
JORNAL /REVISTA:	Physical Therapy
NÚMERO:	92 (12)
MÉTODO DE ESTUDO:	Estudo retrospectivo
PARTICIPANTES:	CONTEXTO: Hospitalar; POPULAÇÃO: Doentes internados em unidades de cuidados intensivos
INTERVENÇÕES:	- Determinar as intervenções de reabilitação <i>guideline</i> nos doentes com fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos

CONCLUSÃO DOS AUTORES:	<ul style="list-style-type: none"> - As alterações neuromusculares do doente crítico surgem associadas aos diagnósticos de sépsis, ARDS, ventilação artificial durante 4 a 7 dias; - O uso judicioso de bloqueadores musculares, sedação e corticosteroides, o recurso a protocolos de insulinoaterapia, a suspensão diária de sedação com avaliação do delirium e a mobilização precoce do doente crítico são intervenções guidelines na prevenção da fraqueza muscular adquirida do doente; - A utilização de programas de mobilização precoce do doente crítico reduz dias de internamentos nos cuidados intensivos, internamnto hospitalar e reduz o número de readmissões após a alta hospitalar.
COMENTÁRIOS DO REVISOR:	A intervenção de reabilitação com recurso a programas de mobilização precoce do doente crítico, reduz a incidência de incapacidade funcional e dias de internamento nos cuidados intensivos e internamento hospitalar, permitindo reduzir custos na saúde.

Quadro 7 – Síntese do Estudo 6

JBÍ Extração de Dados	
ESTUDOS EXPERIMENTAIS E OBSERVACIONAIS	
REVISORES:	Andreia, D.
DATA:	30/10/2016
TÍTULO:	Physical rehabilitation for critical illness myopathy and neuropathy: An abridged version of Cochrane Systematic Review.
ANO:	2015
AUTORES:	Mehrholz, J., Pohl, M., Kugler, J., Burrridge, J., Mückel, S., & Elsner, B.
JORNAL /REVISTA:	European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine
NÚMERO:	51(5)
MÉTODO DE ESTUDO:	Revisão Sistemática da Literatura
PARTICIPANTES:	CONTEXTO: Hospitalar;

	POPULAÇÃO: Pessoas com idade superior a 18 anos que tenha desenvolvido fraqueza muscular e/ou diagnóstico de polineuropatia
INTERVENÇÕES:	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar os efeitos da intervenção de reabilitação na melhoria da capacidade funcional nas AVDs; - Verificar o aumento de força muscular e qualidade de vida;
CONCLUSÃO DOS AUTORES:	<p>Não existem RCT relevantes para a questão levantada, no entanto, não pode ser interpretado como ineficiência da intervenção de reabilitação nos doentes com polineuropatia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A maioria da evidência científica engloba a prevenção da fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos e não enquadra o tratamento de polineuropatia desenvolvida nos cuidados intensivos; - É necessária futura pesquisa científica.
COMENTÁRIOS DO REVISOR:	A evidência científica apoia a melhoria da capacidade funcional e capacitação do doente crítico pela intervenção de reabilitação. Esta intervenção engloba as técnicas de terapia ocupacional e sensório-motora. No entanto, é necessária maior evidência científica que suporte a intervenção de reabilitação no doente que desenvolveu polineuropatia nos cuidados intensivos

Quadro 8 – Síntese do Estudo 7

JBÍ Extração de Dados	
ESTUDOS EXPERIMENTAIS E OBSERVACIONAIS	
REVISORES:	Andreia, D.
DATA:	30/10/2016
TÍTULO:	ICU-acquired weakness: what is preventing its rehabilitation in critically ill patients?
ANO:	2012
AUTORES:	Lee, C. M., & Fan, E
JORNAL /REVISTA:	BMC Medicine,
NÚMERO:	10(1)
MÉTODO DE ESTUDO:	Estudo retrospectivo

PARTICIPANTES:	CONTEXTO: Hospitalar; POPULAÇÃO: Doentes internados em cuidados intensivos
INTERVENÇÕES:	- Validar o diagnóstico, fatores de risco, barreiras ao tratamento e gestão de todos os intervenientes da fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos.
CONCLUSÃO DOS AUTORES:	<ul style="list-style-type: none"> - Em muitos casos, o doente crítico adquire profundas alterações neuromusculares, o que resulta em persistente incapacidade funcional e diminuição da qualidade de vida, durante anos, após a alta hospitalar. - O uso de corticosteroides e bloqueadores neuromusculares devem ser usados, caso a caso, e deve ser avaliado o custo/benefício do seu uso, a hiperglicémia é um fator de risco no desenvolvimento de fraqueza muscular e deve ser criterioso o controle de glicémia no doente crítico. - Um programa de reabilitação precoce está associado a importante redução de delirium, ventilação mecânica, e aumento de capacidade funcional após a alta hospitalar; - Existem barreiras na implementação de um programa de reabilitação o mais cedo possível, tais como, o delirium, instabilidade hemodinâmica, sedação profunda, pouca valorização da mobilização precoce do doente crítico, falta de recursos e/ou equipamento para a utilização uniforme e sistematizada de um programa de reabilitação.
COMENTÁRIOS DO REVISOR:	A utilização de um programa de mobilização precoce no doente crítico, o mais breve possível, uniforme e sistematizado permite prevenir/reduzir a incapacidade funcional adquirida nos cuidados intensivos e conferir à pessoa maior qualidade de vida.

Quadro 9 – Síntese do Estudo 8

JBÍ Extração de Dados ESTUDOS EXPERIMENTAIS E OBSERVACIONAIS	
REVISORES:	Andreia, D.
DATA:	30/10/2016
TÍTULO:	Early mobilization in the critical care unit: A review of adult and pediatric literature.
ANO:	2015

AUTORES:	Cameron, S., Ball, I., Cepinskas, G., Choong, K., Doherty, T. J., Ellis, C. G., Fraser, D. D.
JORNAL /REVISTA:	Journal of Critical Care
NÚMERO:	30(4)
MÉTODO DE ESTUDO:	Retrospectivo
PARTICIPANTES:	CONTEXTO: Hospitalar; POPULAÇÃO: Doentes internados em cuidados intensivos
INTERVENÇÕES:	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar a eficácia e segurança da mobilização precoce no doente crítico; - Identificar as barreiras dos programas de mobilização precoce do doente crítico (custos, profissionais de saúde e sustentabilidade)
CONCLUSÃO DOS AUTORES:	<p>.- A fraqueza muscular afeta entre 25% a 100% dos doentes críticos, é preditor do tempo de duração de ventilação mecânica, e está associada ao aumento de dias de internamento nos cuidados intensivos e internamento hospitalar;</p> <p>- O bundle ABCDE engloba intervenções de despertar/gestão da sedação, coordenação da respiração/desmame ventilatório, avaliação e gestão do delirium e mobilização precoce do doente crítico. O seu objetivo é diminuir o tempo de ventilação mecânica, reduzir a incidência de delirium e reduzir o tempo de internamento hospitalar. Diversa evidência científica demonstra a eficácia e segurança do programa.</p> <p>- A mobilização precoce do doente crítico deve ser iniciada entre 2-5 dias da data de admissão (evidência científica suporta o início do desenvolvimento da fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos nas primeiras 48h)</p> <p>- Algumas barreiras à implementação de um programa de mobilização precoce são: mudança de paradigma, escassez de profissionais de saúde, stress profissional;</p> <p>- Os custos são reduzidos quando existe um programa de reabilitação precoce sistematizado.</p>

COMENTÁRIOS DO REVISOR:	<p>A utilização do Bundle ABCDE confere segurança e eficácia á intervenção de reabilitação.</p> <p>A utilização de um programa de mobilização precoce no doente crítico, o mais breve possível, uniforme e sistematizado permite reduzir custos na saúde e conferir maior qualidade de vida ao doente crítico.</p>
--------------------------------	--

Quadro 10 – Síntese do Estudo 9

JBÍ Extração de Dados	
ESTUDOS EXPERIMENTAIS E OBSERVACIONAIS	
REVISORES:	Andreia, D.
DATA:	30/10/2016
TÍTULO:	Clinical review:intensive care unit acquired weakness
ANO:	2015
AUTORES:	Hermans, G. & Berghe G.V.
JORNAL /REVISTA:	Critical Care
NÚMERO:	19
MÉTODO DE ESTUDO:	Estudo Retrospectivo
PARTICIPANTES:	<p>CONTEXTO: Hospitalar</p> <p>POPULAÇÃO: Doentes internados em cuidados intensivos</p>
INTERVENÇÕES:	- Identificar as propriedades de diagnóstico, os fatores de risco, consequências clínicas e socioeconómicas da fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos
CONCLUSÃO DOS AUTORES:	<p>.- Os mecanismos da fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos são complexos e envolvem alterações funcionais e estruturais dos músculos e nervos. Os diagnosticos de sépsis e SIRS são considerados os diagnósticos chave para o seu aparecimento.</p> <p>- Os fatores de risco identificados são: hiperglicémia, uso de corticosteroides, sedação profunda prolongada, bloqueadores neuromusculares, ventilação prolongada;</p> <p>- A recuperação da fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos tipicamente ocorre entre semanas a meses, mas os casos mais severos,</p>

	<p>podem nem recuperar. O seu tratamento passa pela prevenção, através do tratamento agressivo dos diagnósticos clínicos, controle glicémico, redução do tempo de imobilidade no leito, redução dos níveis de sedação, início precoce de reabilitação sensório-motora e cognitiva.</p> <p>- A fraqueza muscular está associada a prolongado tempo de ventilação mecânica, internamento nos cuidados intensivos e internamento hospitalar, elevados custos e diminuição da qualidade de vida do doente.</p>
COMENTÁRIOS DO REVISOR:	<p>A utilização de um programa de mobilização precoce no doente crítico, o mais breve possível e o conhecimento dos seus fatores de risco e desenvolvimento da doença permite prevenir/reduzir a incapacidade funcional e cognitiva adquirida nos cuidados intensivos e conferir à pessoa maior qualidade de vida.</p>

Quadro 11 – Síntese do Estudo 10

JBÍ Extração de Dados	
ESTUDOS EXPERIMENTAIS E OBSERVACIONAIS	
REVISORES:	Andreia, D.
DATA:	30/10/2016
TÍTULO:	ICU – Acquired Weakness, A Rehabilitation Perspective of diagnosis, treatment and functional management
ANO:	2016
AUTORES:	Zorowitz, R.D.
JORNAL /REVISTA:	Chest
NÚMERO:	150 (4)
MÉTODO DE ESTUDO:	Estudo Retrospectivo
PARTICIPANTES:	<p>CONTEXTO: Hospitalar</p> <p>POPULAÇÃO: Doentes internados em cuidados intensivos</p>

INTERVENÇÕES:	- Identificar os fatores de risco, diagnósticos clínicos que favorecem a instalação de fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos.
CONCLUSÃO DOS AUTORES:	<ul style="list-style-type: none"> - A fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos está associada a sépsis, SIRS e disfunção multiorgânica. A hiperglicemia, o uso de corticosteroide, sedação profunda, bloqueadores neuromusculares e imobilidade no leito podem potenciar o seu aparecimento. - O investimento e crescimento técnico-científico permitiu uma redução acentuada da fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos. - É importante uma abordagem multidisciplinar para uma correta gestão da fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos.
COMENTÁRIOS DO REVISOR:	O conhecimento dos mecanismos que potenciam o desenvolvimento da fraqueza muscular adquirida, permitem direccionar um programa de intervenção de reabilitação, reduzindo o grau de incapacidade funcional do doente crítico.

Quadro 11 – Síntese do Estudo 10

2. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Os artigos em análise têm como propósito identificar o benefício da intervenção de reabilitação no doente crítico com alteração da mobilidade. Para tal, partem da experiência vivida e conhecimento clínico e elaboram um trabalho interpretativo sobre os dados colhidos. Subjacente a estes artigos está o pressuposto de que a natureza da prática especializada do enfermeiro especialista de reabilitação contém aspetos fundamentais que só através da experiência vivida se consegue obter a essência deste cuidar especializado.

Na maior parte dos estudos analisados, estão documentados fatores determinantes da fraqueza muscular adquirida como, os diagnósticos clínicos de sépsis, ARDS e disfunção multiorgânica, que consoante a gravidade da doença de base contribuem entre 25 a 100% da fraqueza muscular no doente crítico. Outro fator determinante, de fraqueza muscular adquirida são os dias de ventilação mecânica, onde por sua vez, a fraqueza muscular adquirida a nível dos músculos respiratórios, irá aumentar a necessidade de ventilação por maior número de dias. É referido, pela maioria dos estudos analisados, que a principal intervenção de reabilitação passa pela prevenção da fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos. Através do conhecimento da clínica e recurso a um programa de mobilização precoce do doente crítico, o

profissional de reabilitação atenua ou elimina a incapacidade funcional que surge com elevada incidência no doente internado em cuidados intensivos.

Dos onze estudos analisados, dez estudos expressam o benefício da utilização de um programa de mobilização precoce do doente crítico. Todos eles referem que o seu início deverá ser entre as primeiras 48h de admissão nos cuidados intensivos, deve passar pela ação interdisciplinar do clínico, enfermeiro e terapeuta, obtendo o uso correto e judicioso de fármacos que comprometem a capacidade funcional e cognitiva do doente crítico. Todos eles referem uma melhoria da capacidade funcional e cognitiva adquirida nos cuidados intensivos e melhoria da qualidade de vida da pessoa no período após a alta, pela intervenção de reabilitação.

O estudo de Zorowitz (2016), o único estudo que não aponta os benefícios da mobilização precoce, incide apenas nos aspetos clínicos de diagnóstico e fatores de risco da fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos associada a polineuropatia e salienta o seu tratamento através de electroestimulação.

Os diferentes autores apontam como programa de mobilização precoce, o despertar do doente crítico recorrendo á redução progressiva e/ou suspensão diária de sedação (até onde sua situação clínica permitir), passar de mobilizações passivas a ativas com aumento progressivo de resistência, sentar á beira do leito, exercícios de cicloergómetro, levantar para cadeirão e treino de marcha. O programa Bundle ABCDE é referido por dois estudos (Cameron et al., 2015; Makic, 2015) como um programa de reabilitação precoce seguro e eficaz demonstrando ganhos em saúde e diminuição de custos no sistema de saúde.

Em três estudos (Cameron, 2015; Lipshutz & Grooper, 2013; Lee & Fan, 2012) são identificadas as barreiras/limitações á mobilização precoce do doente crítico. Os autores referem existir particularidades no doente crítico, pela gravidade da doença, que obriga a um cuidado árduo e complexo por parte do profissional de reabilitação. São apontadas como barreiras/limitações: a instabilidade hemodinâmica do doente crítico que infere maior período de imobilidade, a sedação profunda que anula ou diminui a consciência do doente e consequente atenção, compreensão e participação no programa de reabilitação, a presença de diferentes dispositivos médicos que limitam a mobilização do doente no leito e no cadeirão. Embora os autores refiram existir barreiras/limitações á mobilização precoce do doente crítico, estes referem, que qualquer intervenção de mobilização precoce é segura e efetiva, sendo importante mudar o paradigma da imobilidade no leito e o uso judicioso de determinados fármacos no tratamento do doente crítico.

Em sete estudos são identificadas estratégias e intervenções de reabilitação precoce do doente crítico (Parry, 2016; Cameron, 2015; Hermans & Berghe, 2015; Makic, 2015; John & Bapat, 2015; Lee & Fan, 2012; Nordon-Craft et al, 2012) que eliminam o declínio funcional e cognitivo no doente crítico. Os autores defendem que o tratamento da fraqueza muscular adquirida passa essencialmente pela prevenção. As intervenções goldstandart deverão passar pelo tratamento agressivo dos diagnósticos clínicos de base, controle glicémico, redução do tempo de imobilidade no leito, redução dos níveis de sedação, início precoce da reabilitação sensório-motora e cognitiva do doente em cuidados intensivos. Os programas de mobilização precoce deverão conter várias intervenções, já mencionadas anteriormente.

Em três estudos é identificado a redução do tempo de internamento nos cuidados intensivos, internamento hospitalar e redução de custos na saúde (Cameron et al., 2015; Yosef-Brauner et al., 2015; Lipshutz & Grooper, 2013). Os autores referem que o uso de programas de reabilitação, o mais cedo possível, permitem diminuir o declínio funcional e cognitivo do doente e tempo de ventilação artificial, consequentemente ocorre redução do tempo de internamento nos cuidados intensivos e internamento hospitalar. Com a redução de dias de internamento hospitalar e redução/eliminação de declínio funcional do doente crítico, por fraqueza adquirida nos cuidados intensivos, verifica-se maior qualidade de vida e menor recurso aos cuidados de saúde após a alta hospitalar.

Em relação aos objetivos dos estudos em análise verifica-se que os autores partem de uma análise da prática diária de reabilitação, para identificarem os benefícios da intervenção precoce destes profissionais. O estudo de Morris et al. (2011) analisado por Lipshutz & Grooper (2013) tenta demonstrar a eficácia dessa intervenção, através de um estudo prospetivo simples, onde se obtêm valores de redução de dias de internamento.

Limitações do estudo

As limitações do estudo prendem-se, essencialmente, com o facto de este ter sido efetuado em contexto académico. Este estudo teve que obedecer a limitações temporais restritas, com compromisso do tempo despendido para a pesquisa dos artigos primários, o que se revelou uma tarefa árdua, dada a pouca experiência.

3. CONCLUSÕES

Da apreciação dos estudos em análise pode-se concluir que sustentam a questão de partida que motivou esta scoping review. Os vários autores reconhecem e demonstram a

importância da intervenção precoce do profissional de reabilitação no doente crítico com alteração da mobilidade. É também identificada a segurança e fiabilidade da utilização de protocolos de mobilização precoce no doente crítico.

Uma limitação sentida, neste estudo, refere-se á reduzida existência de estudos randomizados que confirmam maior nível de evidência ao trabalho desenvolvido. Surge com este facto, a necessidade de posterior pesquisa, que assegure um maior nível de evidência da fiabilidade e intervenção precoce de reabilitação.

Após a pesquisa efetuada pode-se concluir, que são inúmeros os benefícios da intervenção de reabilitação precoce no doente crítico com alteração da mobilidade. A eficácia e segurança dos programas de mobilização precoce levantados pelo enfermeiro especialista de reabilitação (EER) condicionam melhoria da qualidade de vida da pessoa, mesmo no período após a alta hospitalar. Ao atenuar/eliminar o declínio funcional que se observa, em grande parte dos doentes críticos (25-100% dos doentes internados), os ganhos em saúde são visíveis, bem como, a redução dos custos no sistema de saúde.

A Fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos, é considerada um problema de saúde pública, é importante que ocorra a mudança do paradigma da imobilidade no leito e declínio cognitivo do doente crítico condicionado por sedação profunda ou outras intervenções de tratamento. Verifica-se também a importância da existência de uma equipa de reabilitação que assegure a sistematização e uniformidade de um programa de mobilização precoce e assegure a diminuição da incapacidade funcional e cognitiva que poderá advir do internamento do doente em cuidados intensivos.

Com a realização deste trabalho verifico também que o enfermeiro especialista de reabilitação demonstra ser um excelente profissional qualificado, pois contém o conhecimento teórico-científico da clínica e de reabilitação permitindo um cuidar global e holístico do doente crítico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Cameron, S., Ball, I., Cepinskas, G., Choong, K., Doherty, T. J., Ellis, C. G., Fraser, D. D. (2015). Early mobilization in the critical care unit: A review of adult and pediatric literature. *Journal of Critical Care*, 30(4), 664–672.
- Hermans, G., & Van den Berghe, G. (2015). Clinical review: intensive care unit acquired weakness. *Critical Care (London, England)*, 19 (1), 274.
- Joanna Briggs Institute for Evidence Based Practice[JB]. (2014). *Reviewers' manual*. Disponível em www.joannabriggs.org. Acedido em 1/11/2016
- John R., Bapat S. (2015). Intensive care unit acquired weakness, *Anaesthesia and intensive care medicine* . 1-4.
- Lee, C. M., & Fan, E. (2012). ICU-acquired weakness: what is preventing its rehabilitation in critically ill patients? *BMC Medicine*, 10(1), 115.
- Lipshutz, A. K. M., & Gropper, M. A. (2013). Acquired Neuromuscular Weakness and Early Mobilization in the Intensive Care Unit. *Anesthesiology*, (1), 1.
- Makic, M. B. F. (2015). Rethinking Mobility and Intensive Care Patients. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 30 (2), 151–152.
- Mehrholz, J., Pohl, M., Kugler, J., Burridge, J., Mückel, S., & Elsner, B. (2015). Physical rehabilitation for critical illness myopathy and neuropathy: An abridged version of Cochrane Systematic Review. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 51 (5), 655–661.
- Nordon-Craft, A., Moss, M., Quan, D., & Schenkman, M. (2012). Intensive care unit-acquired weakness: implications for physical therapist management. *Physical Therapy*, 92(12), 1494–1506.
- Parry, A. (2016). Importance of early mobilisation in critical care patients. *British Journal of Nursing*. 25(9). 486-488
- Yosef-Brauner, O., Adi, N., Ben Shahar, T., Yehezkel, E., & Carmeli, E. (2015). Effect of physical therapy on muscle strength, respiratory muscles and functional parameters in patients with intensive care unit-acquired weakness. *Clinical Respiratory Journal*, 9 (1), 1–6.

Zorowitz, R. D. (2016). ICU–Acquired Weakness. *Chest*, 150 (4), 966–971.

Apêndice VI – Estudo de Caso



7º CURSO DE MESTRADO
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

UNIDADE CURRICULAR:
Estágio com Relatório

ESTUDO DE CASO

Andreia Duarte
Discente nº 5492

EER orientadora do EC: [REDACTED]

Docente Orientador:
Prof. Joaquim Paulo Oliveira

Lisboa
2016

ABREVIATURAS

cc/min. – ciclo por minuto

cm – centímetro

dto - direito

esq. – esquerda

exp. máx- expiratório máximo

Fig. – Figura

FiO₂ – Fração do Oxigénio Inspirado

Hb- Hemoglobina

insp. máx.- inspiratório máximo

mg/dl- miligramas por decilitro

Pi – Pressão inspiratória

Psobre Peep – Pressão sobre Peep

SpO₂- Saturações periféricas de oxigénio

vol.- volume

SIGLAS

AP- Auscultação Pulmonar

AVDs – Atividades de Vida Diárias

DM – Diabetes Mellitus

EPAP – Pressão expiratória nas vias aéreas

FA – Fibrilhação Auricular

IPAP – Pressão inspiratória nas vias aéreas

MV – Murmúrio Vesicular

PA – Pressão Assistida

PC – Pressão controlada

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

SAM – Sistema Médico

SAOS – Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono

SCG- Serviço de Cirurgia Geral

SCI – Serviço de Cuidados de Intensivos

VC – Volume controlado

VM – volume/min

ÍNDICE

	Pág.
Introdução	5
1. Contexto do Caso Clinico	6
2. Avaliação Neurológica.....	12
2. Avaliação da Motricidade.....	13
2. Avaliação da Sensibilidade.....	14
2. Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação.....	15
Referências Bibliográficas.....	37

ANEXOS

Anexo I – Rastreio de Disfagia (VVST)

Anexo II – Escala de Borg Modificada

INTRODUÇÃO

No âmbito do 7º curso de Mestrado de Enfermagem em Reabilitação, inserido no ensino clínico realizado no serviço de cuidados intensivos (SCI) do Centro Hospitalar de Setúbal, durante cinco semanas de estágio, foi proposta a realização de um estudo de caso. Este tem como objetivo apresentar o processo de avaliação do doente/família, identificação da intervenção do EER e avaliação do programa de EER levantado ao doente crítico com alteração da mobilidade.

Segundo Menoita (2012) é imprescindível uma colheita de dados completa obtida através da consulta do processo clínico, semiologia clínica, dos exames complementares de diagnóstico e entrevista à pessoa/família. Esta colheita de dados incide sobre a identificação da pessoa, fatores de risco, focos de atenção e sua evolução, antecedentes pessoais e familiares, história social, hábitos de vida anterior, qualidade de vida afetada, entre outros aspetos.

Para a contextualização e descrição da situação clínica foram utilizados os dados existentes no processo do doente, através dos aplicativos informáticos SAM e SClínico e colheita de dados através da relação terapêutica com o doente/família durante o seu internamento no SCI.

Para a elaboração do plano de cuidados foi utilizada a linguagem CIPE, integrada no sistema informatizado do SClínico (versão normalizada), sistema informático utilizado em todo o hospital para o registo uniformizado dos cuidados de enfermagem. Através da sua utilização são consolidados os conhecimentos nesta plataforma informatizada de registo de cuidados de enfermagem, utilizada na maioria dos centros hospitalares em Portugal. Nomeadamente, na formulação de focos de atenção, diagnósticos de enfermagem e intervenções específicas de enfermagem de reabilitação, permitindo descrever a intervenção individualizada de enfermagem de reabilitação que expresse os ganhos em saúde de acordo com os indicadores sensíveis à prática de enfermagem de reabilitação.

1. Contexto do Caso Clínico

Dados Pessoais

Doente do sexo masculino, 72 anos de idade, ator de profissão (no momento, reformado), independente nas AVDs antes do presente internamento hospitalar.

História da Doença Pregressa

Em Novembro de 2013 é submetido a ressecção anterior do reto por neoplasia. É reoperado por deiscência da anastomose, tendo ficado com colostomia terminal e encerramento do topo retal. No pós-operatório imediato é internado no SCI por choque séptico por peritonite fecal. Esteve internado durante cerca de 2 meses (por diversas complicações), é transferido para o SCG, com melhoria clínica, aumento de força muscular e crescente capacitação funcional.

Antecedentes pessoais

Insuficiência Cardíaca, SAOS grave, DM tipo II, dislipidémia, obesidade, doença hepática crónica (hábitos alcoólicos mantidos), neuropatia distal nos membros inferiores, prótese total da anca esquerda, adenocarcinoma da sigmóide, (sigmoidectomia com colostomia terminal, novembro 2013)

Hábitos de vida anterior

Era autónomo em todas as atividades de vida diárias, bem como atividades instrumentais da vida diárias. Mantinha vida de relação com amigos e família. Tinha como hobby, a escrita de poesia.

Envolvente social

Reside com a esposa, também reformada. A esposa é o familiar de referência³⁰ e está presente em todas as visitas do internamento do SCI, demonstrando o envolvimento e recetividade favoráveis á resolução saudável do processo de saúde/doença que o doente/família vivencia, no momento.

História da Doença Atual

Por náuseas e vômitos, com 15 dias de evolução, recorre ao serviço de urgência, apresentava colostomia funcionante de fezes líquidas, e para vigilância do quadro, fica ao cuidado do serviço de gastroenterologia. No exame objetivo apresentava abdómen globuloso, distendido, timpanizado com múltiplas hérnias incisionais aparentando fragilidade da parede abdominal.

³⁰ No serviço SCI-CHS, familiar de referência é o familiar responsável por receber toda a informação clínica do doente durante o seu internamento no SCI, e é elo de ligação com todos os familiares do doente, transmitindo a informação clínica a todos eles. No SCI o número de visitas é reduzido e as informações clínicas são apenas referidas ao familiar de referência.

É realizada retossigmoidoscopia que não revela lesões oclusivas e Rx abdominal que revela discretos níveis hidroaéreos sem caracterização de pontos de obstrução ou oclusão, podendo ser compatíveis com áreas de bridas. Analiticamente, sem parâmetros inflamatórios ou outras alterações significativas. Por manter o quadro clínico, é transferido para o serviço de cirurgia geral (SCG) com o diagnóstico de sub-oclusão intestinal por presença de prováveis bridas.

No SCG com dificuldade na progressão da ingestão de alimentos, manutenção de episódios de vômitos, inicia alimentação parentérica (para correção da desproteínização e desequilíbrio hidroeletrolítico) e sem eversão do quadro de sub-oclusão intestinal é proposta a realização de laparotomia exploradora que o doente aceita.

No dia 21/9/16 realiza laparotomia exploradora que revela ansa intestinal endurecida, adjacente ao topo do colón sigmóide encerrado, que condiciona estenose, é realizada ressecção segmentar do intestino delgado. No pós-operatório imediato apresenta instabilidade elétrica (episódio de fibrilhação auricular (FA)) e hemodinâmica (hipotensão), inicia fluidoterapia e perfusão de anti-arritmico, com reversão do quadro.

No dia 27/9/16 surgem episódios de hematoquésias (associados á instituição de heparina de baixo peso molecular, em dose terapêutica, sugerido pela cardiologia, pelo episódio de FA), com hipotensão mantida e queda de hemoglobina. É realizada transfusão sanguínea. Inicia quadro de insuficiência respiratória com polipneia, tosse produtiva com presença de secreções purulentas e imagiológicamente (Rx toráx - hipotransparência bi-basal acentuada e apagamento de ambos os seios costo-frénicos, pelo que inicia antibioterapia e terapêutica broncoditadora.

Data de admissão na UCI

A 1/10/16 é transferido para o SCI.

Motivo do internamento

Insuficiência respiratória e instabilidade hemodinâmica.

Diagnóstico Clínico

Choque séptico e pneumonia associada aos cuidados de saúde.

Evolução clínica

Na admissão com polipneia mantida e exaustão respiratória é realizada entubação orotraqueal e conectado a prótese ventilatória. Inicia sedação com propofol e analgesia com tramadol, com instabilidade hemodinâmica mantida, inicia aporte vasopressor de

noradrenalina. É colocado cateter venoso central e linha arterial sem intercorrências. Analiticamente com hemoglobina baixa, alteração iônica acentuada, imagiológicamente, com infiltrados bilaterais exuberantes.

A 4/10/16 é realizada extubação orotraqueal, como intercorrência, ocorre broncospasmo grave com secreções hemáticas em moderada quantidade, em contexto de edema agudo pulmonar hipertensivo. Inicia ventilação não-invasiva, em modalidade autônoma (IPAP 12, EPAP 6, FiO₂ 0,4) com adaptação a interface e ventilação, no entanto, com respiração superficial de predomínio abdominal (FR 20-30 cc/min, SpO₂=94%). Com melhoria da hemorragia alveolar com terapêutica inalatória com adrenalina e administração de corticoide. Inicia perfusão de dinitrato de isossorbido para controle tensional e mantém amiodarona por taquicardia mantida com ritmo sinusal. Força muscular grau 3/5, em todos os segmentos articulares dos 4 membros.

A 6/10/16 com agravamento progressivo da função respiratória, com deterioração clínica, analítica, radiológica e gasimétrica é reentubado orotraquealmente para prevenção de exaustão/falência respiratória. Fica conectado a prótese ventilatória em modalidade controlada por pressão (PC: Pi 20, Peep 10, FiO₂ 0,55). Reinicia sedação com propofol e inicia analgesia com fentanil. Por hipotensão, consequente do início da sedação, reinicia perfusão de noradrenalina. Constata-se existência de secreções brônquicas hemato-purulentas espessas e profundas, após cinesiterapia respiratória e toilete brônquica, verifica-se melhoria da ventilação e imagem radiológica. Força muscular 2/5 (escala de Lower) em todos os segmentos articulares dos 4 membros, apresentando na escala de Ramsay³¹ a pontuação de 6. Inicia alimentação parentérica por sonda gástrica segundo protocolo do SCI.

A 9/10/16, com melhoria clínica, sem sedação durante o dia, durante o programa de reabilitação sensorio-motora, é realizada prova de respiração espontânea em tubo em T, sem sucesso, apresentando episódio de broncospasmo com dessaturação, SpO₂= 88%, (eventual componente de sobrecarga hídrica). É novamente conectado a prótese ventilatória em modalidade controlada por pressão (PC: Pi 20, Peep 10, FiO₂ 0,55) e reinicia sedação com propofol. Sem sedação apresentou força muscular grau 3/5 nos segmentos articulares dos membros superiores e força grau 2/5 nos segmentos articulares dos membros inferiores. Repete episódios de hemorragia alveolar, ocorrendo ajuste de dose terapêutica de heparina de baixo peso molecular para dose profilática.

³¹ escala utilizada no SCI para avaliação do grau de sedação, esta apresenta 6 níveis de sedação, onde no nível 1, a pessoa está acordada respondendo a estímulos externos, e no nível 6 não responde a estímulos externos.

A 9/10/11 mantém terapêutica corticoide e broncodilatadora, conectado a prótese ventilatória em modalidade controlada por pressão (PA/CPAP: FiO₂ 0,45, Peep 5, P sobre Peep 12), FR 22 cc/min, VM 11.2, VC 499. Gasimetricamente, pH 7.40, pCO₂ 43, pO₂ 100, HCO₃ 26.6, SpO₂ 99%. Na auscultação pulmonar apresenta Murmúrio vesicular com roncospersos, diminuído na metade inferior do hemitórax direito, radiografia de tórax: mantém infiltrados bilaterais, com hipotransparência na base pulmonar direita. Apresenta secreções brônquicas hemáticas (sem alteração da coagulação ou trombocitopénia).

A 17/10/16 é realizada broncofibroscopia, via tubo orotraqueal, para despiste/verificação de hemorragia alveolar. Verifica-se a existência de coágulos acima da carina, sem evidência de hemorragia alveolar, pequenas lesões limitadas da parede traqueal (lesões resultante provavelmente dos procedimentos invasivos de aspiração endotraqueal). Carina sem alterações. Restante árvore brônquica sem alterações, permeável e sem aumento de secreções. Realizadas colheitas de lavado brônquico, para exame bacteriológico e pesquisa de células neoplásicas, cujo resultado foi negativo.

É confirmada a progressão de doença neoplásica, pelo resultado anátomo-patológico, da amostra colhida durante a laparotomia exploradora realizada a 21/9/16. Constata-se um estadiolocalmente avançado por invasão do intestino delgado e parede abdominal por neoplasia do cólon.

A 20/10/16 é realizada traqueostomia por desmame ventilatório difícil, sob anestesia com propofol, sem intercorrências.

A 21/10/16 com parâmetros infecciosos e analíticos melhorados, com melhoria ventilatória, gasimetricamente com (PH 7.45, PCO₂ 38 PaO₂ 68 HCO₃ 24, SpO₂ 94%) e imagiológicamente com imagem radiológica sobreponível de infiltrado bilateral. Em anasarca, com hipoalbuminémia, com períodos de agitação psicomotora alternando com períodos de labilidade emocional, inicia-se a administração de fármacos antidepressivos e ansiolíticos.

A 26/10/16 sem sedação, com analgesia em perfusão de Tramadol 300mg/24h. Mais calmo e colaborante, apresentando-se fácies menos triste. Com tetraparésia, com força muscular 2/5 nos membros superiores e 3/5 nos membros inferiores, de predomínio distal.

A 27/10/16, com estabilidade hemodinâmica e elétrica mantida, com perfusão de amiodarona e sem suporte aminérgico, mais colaborante no programa de reabilitação e humor menos deprimido. Realizado novo período de tubo em T (para conferir trabalho autónomo da musculatura respiratória, aumento da força muscular e desmame ventilatório). Conectado a

prótese ventilatória em modalidade de pressão: PA (Psobre Peep 14, Peep 10, VM 9.6 VC 724 ml; FR 16 cc/min; FiO₂: 0.45) (é possível, reduzir pressão sob Peep, Peep e FiO₂)

A 28/10/16 mantém-se sem sedação, com perfusão de Tramadol 300mg, com dor controlada, colaborante, atento e recetivo às intervenções de enfermagem de reabilitação. Anasarca em regressão, com boa resposta aos diuréticos instituídos. Secreções brônquicas hemáticas espessas, tendo suspenso heparina de baixo peso molecular, em ventilação espontânea com FiO₂ 0,40, eupneico (18-20 cc/min e SpO₂ de 98%). A tolerar alimentação entérica (1900ml, incluindo os suplementos hiperproteicos) segundo protocolo do SCI. Abdómen mole e depressível, com ruídos hidroaéreos, com trânsito intestinal mantido com fezes castanhas moles. Parâmetros inflamatórios estáveis.

A 29/10/16, mais desperto e colaborante, com maior força muscular, força grau 3/5 em todos os segmentos articulares dos 4 membros. Realiza levante para o cadeirão com apoio de duas pessoas e realiza carga nos membros inferiores. Sob terapêutica anti-hipertensora, beta-bloqueante e anti-arrítmica via oral. Regressão de edemas periféricos e melhor perfusão periférica (extremidades rosadas, temperatura mantida e tempo preenchimento capilar inferior a 3 segundos). Em respiração espontânea no período diurno e com ventilação mecânica por ventilador domiciliário.

É realizado teste de disfagia e treino de deglutição, com reflexo de deglutição sem alterações. É retirada sonda gástrica e passa a efetuar aporte nutricional e hídrico via oral.

A 2/11/16 com melhoria clínica significativa, com franca melhoria da polineuropatia, com força 4/5 nos segmentos articulares do membro superior direito, força 3/5 nos segmentos articulares do membro superior esquerdo e membros inferiores. No período noturno, em respiração espontânea, a tolerar dieta pastosa via oral.

A 4/11/16 após dois episódios de retorragias em pequena quantidade (50ml) é realizada retosigmoidoscopia que identifica recidiva neoplásica. É acordado entre a equipa clínica não aumentar o esforço terapêutico, caso ocorra novo agravamento clínico.

A 6/11/16 com baixa de hemoglobina (Hb= 6,6mg/dl), realiza transfusão sanguínea com duas unidades de concentrado eritrocitário, com regressão da anemia para (Hb= 9mg/dl).

A 7/11/16 com estabilidade clínica e analítica, em respiração espontânea diurno com aporte de oxigénio em tubo em T (FiO₂=28%, SpO₂=98%), por traqueostomia e ventilação mecânica com ventilador domiciliário. Com acessos de tosse vigorosos conseguindo expelir secreções amarelas semi-fluidas pela traqueostomia. Com atenção e compreensão mantidas, colaborante em todas as intervenções de enfermagem de reabilitação sensório-motoras. Força

grau 4/5 em todos os segmentos articulares dos 4 membros, realiza mobilizações ativas/resistidas com peso de 1 kg. Treino de cicloergômetro, com resistência mínima, durante 2 minutos, com tolerância. Levante para cadeirão com maior carga em ambos os membros inferiores, esboça movimento de flexão dos joelhos, necessita de apoio de uma pessoa e incentivo verbal para o treino de marcha.

A 10/11/16 realiza treino de marcha em redor do leito, com maior amplitude articular no movimento de flexão do joelho esquerdo (alteração osteoarticular degenerativa), com aporte de oxigénio ($FiO_2=28\%$, $SpO_2=98\%$), realizando marcha de 12 passos com tolerância. Ventilação invasiva com ventilador domiciliário em SOS para promoção do conforto do doente e musculatura respiratória/ prevenção de episódios de exaustão respiratória. Com estabilidade hemodinâmica, analítica, gasimétrica e imagiológica, em respiração espontânea por tubo em T, melhorado, tem alta dos cuidados intensivos e é transferido para a unidade de cuidados intermédios cirúrgicos.

2. Avaliação Neurológica

Para a elaboração de um programa de reabilitação individualizado, uma correta neuroavaliação das alterações ou potenciais alterações do estado neurológico pode ser a chave do sucesso da reabilitação, sendo o exame neurológico parte integrante do exame físico geral da pessoa e anamnese (Menoita, 2012).

Ao longo do internamento foram várias as alterações do estado neurológico do doente, por necessidade de sedação profunda e sedação superficial. Por ser possível uma avaliação mais completa no período de maior estabilidade hemodinâmica, ganhos funcionais e maior colaboração por parte do doente, obteve-se por expor neste estudo de caso uma avaliação neurológica de 10/11/16.

Exame Neurológico (10/11/16)	
Estado de consciência	Estado de vigília, desperto, reativo a estímulos externos verbais e dolorosos Escala de Comas de Glasgow - score 15, abertura ocular-espontânea (4); Resposta verbal- orientada (5); Resposta motora-obedece a ordens (6)
Atenção	Atenção, tenacidade e concentração mantidas para estímulos externos
Memória	Memória Sensorial mantida Memória imediata recente a curto e longo prazo mantidas

	Memória remota mantida	
Capacidades práticas	Mantém capacidade de efetuar gestos simbólicos (ex: sinal da cruz), ou icônicos transitivos (ex: pentear-se) e icônicos intransitivos (ex: dizer adeus, assobiar)	
Linguagem	Discurso espontâneo mantido, com presença de traqueostomia que compromete a expressão verbal Compreensão mantida Nomeação e repetição mantidas	
Pares craneanos	I- Olfativo	Olfato mantido
	II- Ótico	Acuidade visual diminuída, utiliza óculos para ler e escrever
	III – Motor ocular comum IV – Patético VI – Motor ocular externo	Movimentos oculares normais, simétricos e coordenados; Resposta pupilar normal;
	V – Trigêmeo	Apresenta movimentos de mastigação, sem alteração da sensibilidade.
	VII – Facial	Com simetria facial, sem dificuldade em manter a saliva ou alimentos líquidos na boca, reconhece o sabor amargo.
	VIII – Estado-acústico	Acuidade auditiva mantida bilateralmente; Com equilíbrio sentado estático e dinâmico; Com dificuldade no equilíbrio dinâmico ortostático
	IX – Glossofaríngeo	Reconhece os sabores: doce e amargo Sem dificuldade na deglutição
	X – Pneumogástrico	Alteração no tom de voz, não é possível avaliar pela presença de traqueostomia não fenestrada Reflexo de vômito presente
	XI – Espinhal	Com controle motor da musculatura cervical
	XII – Grande hipoglosso	Úvula na linha média e protusão da língua centrada. Sem dificuldade na mastigação, sem disfagia.

3. Avaliação da Motricidade

A avaliação da motricidade pode ser dividida em avaliação da força, tônus muscular e coordenação dos movimentos. (Menoita, 2012).

Ao longo do internamento foi observado um aumento crescente da força muscular e ganho funcional de todas as estruturas musculo-articulares. A tabela seguinte só demonstra a

última avaliação realizada, pois, no plano de cuidados é relatada a avaliação da força muscular e coordenação de movimentos ao longo do programa de reabilitação sensório-motor estabelecido.

AValiação da Motricidade (10/11/16)					
	Cabeça e pescoço	Membro superior Dto.	Membro inferior Dto.	Membro superior Esq.	Membro inferior Esq.
Força muscular (Escala de Lower)	Grau 4/5	Grau 4/5	Grau 4/5	Grau 4/5	Grau 4/5
Tónus muscular (Escala modificada de Ashworth)	Grau 0 em todos os segmentos articulares	Grau 0 em todos os segmentos articulares	Grau 0 em todos os segmentos articulares	Grau 0 em todos os segmentos articulares	Grau 0 em todos os segmentos articulares
Amplitude articular	Mantida	Mantida	Mantida	Mantida	Mantida
Coordenação Motora	Apresenta coordenação motora a nível de gestos icónicos, como pentear e alimentar, ao realizar as provas index-nariz e calcanhar-joelho), sem dismetria.				
Equilíbrio	Apresenta equilíbrio sentado estático e dinâmico com défice no equilíbrio ortostático dinâmico (dificuldade na realização do teste de Romberg- Barré)				

4. Avaliação da Sensibilidade:

A sensibilidade deve ser explorada de modo subjetivo, quando manifestada espontaneamente e na anamnese, objetivamente por diferentes técnicas. (Menoita, 2012)

Ao longo do internamento foram observados vários comportamentos e relatadas diferentes situações pelo doente que permitiram a avaliação da sensibilidade (esgar de dor, necessidade de mudança de decúbito verbalizada pelo doente). A sensibilidade térmica foi avaliada com recurso a 2 tubos de colheitas onde se colocou água gelada e água quente e a sensibilidade dolorosa com recurso a ponta de caneta. Na avaliação da sensibilidade profunda só foi avaliada a barestesia (por pressão sobre diferentes partes do corpo) e sensibilidade postural, pois, no serviço não existe diapasão.

Avaliação da Sensibilidade (10/11/16)								
		Face		Membros Superiores		Tronco	Membros Inferiores	
		Dto.	Esq.	Dto.	Esq.		Dto.	Esq.
Superficial	Tátil	P	P	P	P	P	D	D
	Térmica	P	P	P	P	P	D	D
	Dolorosa	P	P	P	P	P	P	P
Profunda	Presente							
Legenda: P (presente), D (diminuída)								

Nota: A sensibilidade superficial tátil e térmica encontra-se diminuída apenas nas regiões distais dos membros inferiores (pés e região tibio-társica)

5. Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

FOCOS DE ATENÇÃO/ DIAGNÓSTICOS EER	OBJETIVOS	INTERVENÇÕES DE EER	RESULTADOS ESPERADOS/AVALIAÇÃO
VENTILAÇÃO, Comprometida, relacionada com hipotonia da musculatura respiratória e pneumonia adquirida no hospital	<ul style="list-style-type: none"> - Assegurar ventilação eficaz; - Otimizar a ventilação; - Prevenir a exaustão respiratória. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar adaptação ventilatória/ ventilação; - Monitorizar frequência respiratória e saturação periférica de oxigénio; - Monitorizar valores gasimétricos; - Otimizar dispositivos de ventilação (cânula de traqueostomia) - Vigiar complicações dos dispositivos (avaliação pele peri-estoma, verificação da permeabilidade da cânula interna de traqueostomia, monitorização da pressão do cuff para prevenção de fugas, aspiração de conteúdo alimentar e prevenção de traqueomalácia); - Gerir oxigenoterapia (alternância de períodos de tubo em T, com períodos de ventilação invasiva com Servo i ou ventilador domiciliário, mantendo a vigilância gasimétrica) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Que o doente adquira uma ventilação/ respiração eficaz, apresentando-se eupneico (18-20 cc/min) com saturações periféricas acima de 98% e valores gasimétricos de PO2 superiores a 90 mmHg e PCO2 inferiores a 40 mmHg - De 1/10/16 até á alta do doente foram realizadas sessões de cinesiterapia e reeducação funcional respiratória com intensidade e ritmo crescentes, de acordo com a tolerância do doente. Nas primeiras sessões e até adaptação ventilatória foram priorizados os exercícios passivos com conservação de energia e consequente diminuição da utilização da musculatura acessória, prevenindo o risco de

		<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar as características da respiração, durante os períodos em tubo em T; - Otimizar a ventilação através de alternância de decúbitos, tendo em atenção a auscultação pulmonar e observação do Rx torácico - Instruir/ Treinar a dissociação dos tempos respiratórios (com ênfase na expiração para contrariar padrão de insuflação habitual do doente) - Otimizar a ventilação através de exercícios de reeducação funcional respiratória (dissociação de tempos respiratórios, exercícios de respiração abdomino-diafragmática, inspirometria e expirometria de incentivo (em tubo orotraqueal/traqueostomia), exercícios de reeducação diafragmática, exercícios de tonificação diafragmática, reeducação costal inferior bilateral, costal global com bastão); - Incentivar a executar técnica respiratória; - Elevação da cabeceira da cama, enquanto deitado no leito; - Otimizar a ventilação através de inaloterapia prescrita em câmara expansora; 	<p>dispneia e exaustão respiratória. Ao longo do programa de RFR, observou-se a crescente apreensão, compreensão e realização dos diferentes exercícios (dissociação dos tempos respiratórios, inspirometria/ expirometria de incentivo, abertura costal global com bastão, respiração abdomino-diafragmática e tonificação diafragmática).</p> <p>- Ao longo do programa de RFR, observou-se um aumento de volume inspirado e expirado na espirometria de incentivo. Dia 28/10/16 realiza 250ml de volume inspiratório, volume expiratório não chega a 250ml., dia 7/11/16, vol. insp. máx. de 1000 ml e vol. exp. máx. de 500 ml.</p> <p>- A 10/11/16, sem necessidade de recorrer a ventilação invasiva há 48h. Observa-se acesso de tosse vigoroso, não havendo a necessidade de recorrer á aspiração de secreções brônquicas intra-traqueostomia.</p>
--	--	--	--

- Otimizar a ventilação através de aerossolterapia prescrita com soro fisiológico e adrenalina (quando presente hemorragia alveolar)
- Instruir/ Treinar posição e técnica de relaxamento (posição de fowler com apoio dos membros superiores em almofadas, posição de cocheiro);
- Treinar a otimizar ventilação através da técnica respiratória: respiração abdomino-diafragmática
- Otimizar ventilação e toilette brônquica através de cinesiterapia respiratória (manobras acessórias associadas a drenagem postural modificada, não sendo utilizada a percussão: aquando de hemorragia alveolar.

- Ao longo do programa de reabilitação respiratória é possível a redução de aporte de oxigenoterapia (de FiO2 a 60% em ventilação invasiva para FiO2 a 28% por traqueostomia)
- Ao longo do programa de reabilitação sensório-motora respiratória observa-se uma melhoria significativa dos exames imagiológicos:



Fig. 5 – Rx tórax, de 6/10/16

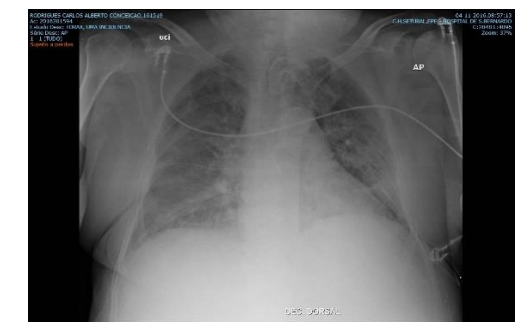


			Fig. 6 – Rx tórax, de 10/11/16
DISPNEIA, risco de, relacionada com hipotonia da musculatura respiratória, pneumonia adquirida no hospital	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenção de episódio de dispneia - Otimizar ventilação, quando esta surge; - Adotar medidas de conforto e controle de dispneia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar potencial para melhorar o conhecimento sobre dispneia; - Avaliar capacidade para otimizar respiração; - Instruir sobre dispneia/ complicações da dispneia; - Avaliar dispneia; - Incentivar o repouso e movimentos passivos com conservação de energia, se dispneia; - Instruir e executar inaloterapia prescrita, em SOS; - Monitorizar frequência respiratória; - Monitorizar saturação de oxigénio; - Otimizar ventilação através de posição de fowler com membros superiores apoiados em almofadas; - Promover repouso no leito; - Planear a atividade, de acordo com tolerância ao esforço; - Otimizar ventilação através de dispositivos respiratórios (verificar a permeabilidade da cânula interna da traqueostomia, ajuste de oxigenoterapia, administração de inaloterapia em camara expansora, ventilação não-invasiva/invasiva) 	<p>➤ Que o doente adote estratégias de conforto e controle da dispneia, caso esta ocorra.</p> <p>A 1/11/16, observa-se um aumento do conhecimento sobre dispneia, adquirindo o doente, de forma espontânea, uma otimização da respiração com consciencialização e dissociação de tempos respiratórios, posição de repouso em fowler ou cocheiro.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10/11/16, observa-se dispneia a médios esforços acentuando-se durante a transferência para o cadeirão e treino de marcha (4/10 e 5/10, na escala de Borg modificada, que em repouso reverte para 1/10); - A 10/11/16 realiza transferência para cadeirão referindo dispneia de 1/10, na escala de Borg; - A 10/11/16 realiza treino de marcha em redor do leito com apoio bilateral de 2 pessoas, referindo 5/10, na escala de Borg modificada.

		<ul style="list-style-type: none"> - Otimizar inaloterapia em camara expansora; - Otimizar técnica de inalação do fármaco; - Gerir inaloterapia; - Otimizar oxigenoterapia. 	<p>Descanso durante 5 minutos na posição de sentado, com regressão de dispneia para 1/10.</p>
<p>EXPETORAR, comprometido, relacionado com hipotonia da musculatura respiratória</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Otimizar a capacidade de expetorar; - Otimizar a ventilação 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade de expetorar, através da eliminação de secreções, auscultação pulmonar, observação do Rx torác; - Monitorizar saturações periféricas de oxigénio; - Monitorizar valores gasimétricos; - Vigiar as características das secreções; - Gerir inaloterapia; - Estimular a tossir; - Incentivar a tossir; - Instruir e Treinar a técnica de tossir, através de tosse dirigida, com contenção da parede abdominal; - Executar cinesiterapia respiratória com recurso a manobras acessórias associadas a drenagem postural modificada bilateralmente, sem recurso a percussão, se ocorrência de hemorragia alveolar; - Executar RFR com recurso a técnica de expiração forçada, tosse dirigida modificada (Huffing), tosse 	<p>Que o doente obtenha uma tosse eficaz, eliminado a expetoração.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A 26/10/16, observa-se reflexo de tosse ineficaz, com necessidade de aspiração de secreções 2/3 vezes por turno - A 7/11/16, reflexo de tosse mais vigoroso e eficaz, com maior força muscular, observa-se apenas a necessidade de serem aspiradas as secreções existentes intra cânula de traqueostomia. - A 10/11/16, reflexo de tosse muito mais eficaz, com ascensão de expetoração até à porção distal da cânula de traqueostomia.

		dirigida, tosse assistida e ciclo ativo de técnicas respiratórias - Incentivar a ingestão de líquidos.	
--	--	---	--

LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS, comprometida em grau elevado, relacionada com hipotonia da musculatura respiratória, pneumonia adquirida no hospital	- Executar uma toilette brônquica eficaz; - Otimizar a ventilação	- Avaliar toilette brônquica, através da eliminação de secreções, auscultação pulmonar, observação do Rx toráx, saturações periféricas de oxigénio e valores gasimétricos; - Incentivar a executar técnica respiratória; - Assistir a pessoa a otimizar ventilação através de técnica respiratória - Assistir a pessoa a otimizar a ventilação através de dispositivos respiratórios (alternância de tubo em T com períodos de ventilação artificial, com maior incidência no período noturno, para conforto do doente e descanso da musculatura respiratória); - Realizar alternância de decúbitos para otimizar a ventilação; - Gerir e otimizar inaloterapia; - Executar cinesiterapia respiratória com recurso a manobras acessórias associadas a drenagem postural	Que o doente adquira um reflexo de tosse eficaz; Após cinesiterapia e RFR que o doente obtenha uma toilette brônquica eficaz - 18/10/16, doente sedado, secreções brônquicas hemáticas em grande quantidade, após cinesiterapia e RFR, SPO2= 96%, auscultação pulmonar (AP): Murmúrio vesicular diminuído bilateralmente mais acentuado á esquerda, regressão de roncos existentes nos segmentos apicais bilateralmente, (auscultados inicialmente à sessão). - 28/10/16, reflexo de tosse pouco eficaz, com atenção mantida e compreensão dos ensinamentos de dissociação dos tempos respiratórios e tosse dirigida;
--	--	---	--

		<p>modificada bilateralmente, sem recurso a percussão, se ocorrência de hemorragia alveolar;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar RFR com recurso a técnica de expiração forçada, tosse dirigida modificada (Huffing), tosse dirigida, tosse assistida e ciclo ativo de técnicas respiratórias; - Avaliar tosse brônquica, através da eliminação de secreções, auscultação pulmonar, observação do Rx torác, saturações periféricas de oxigénio e valores gasimétricos; - Aspirar secreções brônquicas; - Vigiar as secreções; - Estimular a tossir; - Incentivar a tossir; - Monitorizar frequência respiratória; - Monitorizar saturação oxigénio periférica; - Vigiar respiração; - Planear/ gerir ingestão de líquidos. 	<p>- 29/10/16, rx tórax com hipotransparência em ambos os hemitóraxs, mais acentuada á esquerda, com apagamento do seio costofrénico. Na AP: Murmúrio vesicular diminuído nas bases bilateralmente, com presença de roncos dispersos no hemitórax esquerdo. Sugestivo da presença de SB dispersas bilateralmente. No final da sessão de RFR e cinesiterapia, AP: MV mantido nas bases bilateralmente, sem assimetrias na auscultação, em ambos os hemitóraxs, sem presença de ruídos adventícios. Ligeira melhoria que em dias anteriores;</p> <p>- 1/11/16, acesso de tosse com maior vigor, expele secreções brônquicas até á porção distal da cânula de traqueostomia, ainda necessita que sejam aspiradas as secreções, por vezes;</p> <p>- 7/11/16, mantém tosse produtiva, secreções brônquicas amareladas em grande quantidade com dificuldade em expelir na totalidade as secreções, maior recurso da musculatura</p>
--	--	--	---

			<p>respiratória para tossir com eficácia, com maior apropriação dos ensinamentos de tosse dirigida com contenção da parede abdominal;</p> <p>- 10/11/16, com presença de SB amarelas em moderada quantidade que expulsa com eficácia, acesso de tosse vigoroso. Rx tórax com visualização de ambos os seios costo-frênicos, com hipotransparência generalizada, no entanto, mais ventilado. AP: MV mantido nos segmentos superiores, discretamente diminuído, simétrico, em ambas as bases bilateralmente.</p> <p>- Ao longo do internamento observado padrão de insuflação e hipotransparência generalizada (característico da presença de DPOC/ predomínio de respiração torácica, agravado pelo quadro clínico de hipoventilação/ polineuropatia dos cuidados intensivos)</p>
DEGLUTIÇÃO, não comprometida	- Avaliar o grau de disfagia do utente	- Verificar o estado de consciência e colaboração do doente para a realização do teste de disfagia;	Que o doente degluta os alimentos oferecidos sem risco de aspiração do conteúdo alimentar

	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o compromisso da deglutição - Prevenir episódios de aspiração de conteúdo alimentar para a árvore brônquica; - Prevenir os episódios de Pneumonia de aspiração 	<ul style="list-style-type: none"> - Posicionar o doente em fowler, com correção postural em toda a região dorsal incluindo cabeça e pescoço; - Verificar em cada turno a pressão existente no cuff da traqueostomia, estando padronizado no serviço a pressão de 30 cm H2O. - Monitorizar, em cada turno, a pressão de 30 cm H2O do cuff de traqueostomia; - Realizar o teste de disfagia, com recurso da escala VVS-T (Volume Viscosity Swallow Test) (escala padronizada, no momento, para a avaliação de disfagia); - Avaliar a deglutição; - Realizar diariamente treino de deglutição, até o doente apreender toda a informação e demonstrar uma deglutição eficaz; - Instruir o doente e cuidador principal da importância de uma postura correta ao alimentar-se, minimizando o risco de aspiração de conteúdo alimentar; - Utilizar prótese dentária, otimizando o processo de mastigação e deglutição, bem como, otimizar a força muscular e sensibilidade dos músculos da face. 	<ul style="list-style-type: none"> - 28/10/16, realizado o rastreio de disfagia com consistências, pudim, néctar e líquida, com recurso a água e espessante. Verificadas condições de segurança para o procedimento, são avaliadas a força muscular, sensibilidade e coordenação dos movimentos de mastigação e deglutição. Doente mobiliza a língua sem limitações e com movimentos coordenados. Deglute a saliva e observa-se a verticalização da glote. Nas 3 consistências ingeriu a totalidade dos 20 ml preconizados no teste VVS-T, com deglutição segura e com todos os sinais de segurança e eficácia mantidos (anexo I), verificando-se o não compromisso do reflexo da deglutição e segurança para o doente iniciar alimentação. - A 30/10/16, após equipa médica tomar o conhecimento do teste de disfagia e segurança na alimentação, inicia dieta mole com supervisão da equipa de enfermagem;
--	--	--	--

			- A 3/11/16, inicia a ingestão de dieta geral e de alimentos confeccionados pela esposa de acordo com os gostos e “pedidos” do doente mantendo uma dieta hipossalina e equilibrada.
ATIVIDADE MOTORA, comprometida, em grau elevado, relacionada com choque séptico, sedação profunda, Ventilação mecânica e imobilidade no leito (6/10/16) ATIVIDADE MOTORA, comprometida em grau moderado, relacionada com choque séptico, sedação	- Manutenção da amplitude articular de todos os segmentos articulares; - Reduzir a ocorrência de fraqueza muscular no doente crítico; - Prevenir o declínio funcional de todas as estruturas osteoarticulares	- Avaliar o movimento articular; - Avaliar a força muscular, com recurso á escala de Lower; - Realizar mobilizações passivas em todos os segmentos articulares do corpo, enquanto força $\leq 2/5$, na escala de Lower (7 vezes em cada segmento); - Realizar mobilizações ativas/assistidas, quando o doente já apresenta força grau 3/5, na escala de Lower (7 vezes em cada segmento); - Realizar mobilizações ativas/resistidas com introdução progressiva de resistência (theraband de resistência moderada a forte e pesos de 0,5Kg a 1kg em todos os segmentos articulares dos 4 membros, quando o doente já apresenta força grau 4/5, (7 vezes em cada segmento) - Incentivar a executar exercícios musculartoarticulares, realizando exercícios isotônicos e isométricos em	Que o doente adquira um aumento crescente da força muscular em todos os segmentos musculo-articulares do corpo - 26/10/16, apresentava força muscular 3/5 nos segmentos articulares dos membros superiores e força 2/5 nos segmentos articulares dos membros inferiores, associado ao período de imobilidade, instabilidade hemodinâmica, ventilação mecânica e hemorragia alveolar; - 29/10/16, apresenta força muscular 3/5 em todos os segmentos articulares dos 4 membros, realizadas mobilizações ativas/resistidas com peso de 0,5Kg; - 1/11/16 Realiza transferência para o cadeirão realizando carga em ambos os membros inferiores, esboça o movimento de flexão dos joelhos bilateralmente, apresentando limitação

<p>profunda, Ventilação mecânica e imobilidade no leito (10/11/16)</p>		<p>todos os segmentos musculoesqueléticos da cabeça, pescoço e membros;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar exercícios de ponte deitado no leito (repetir 5 vezes) - Realizar períodos de posição sentado na beira do leito; - Realizar exercícios com cicloergômetro quando força grau 4/5 nos segmentos articulares dos membros inferiores, com endurance progressiva de 1 min a 3 min, de acordo com a tolerância ao esforço; - Realizar transferência para o cadeirão, realizando o doente carga em ambos os membros inferiores; - Realizar treino de marcha. 	<p>da amplitude na articulação do coxo-femoral esquerda e limitação do movimento (colocação de prótese total da anca esquerdo);</p> <p>-7/11/16, força grau 4/5 em todos os segmentos musculoesqueléticos, realizando mobilizações ativas/resistidas com peso de 1Kg, levante e transferência para cadeirão com apoio de uma pessoa, treino de marcha em redor do leito com apoio de 2 pessoas bilateralmente. Realiza cicloergômetro deitado no leito durante 1 min. que tolera;</p> <p>-10/11/16, treino de marcha em redor do leito com apoio de 1 pessoa e com recurso a andarilho;</p>
<p>COMUNICAÇÃO VERBAL, alterada, em grau elevado, relacionado com presença de traqueostomia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer estratégias de comunicação não-verbal - Controlar ansiedade pela 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar ao doente a alteração da comunicação verbal pela existência de traqueostomia; - Adotar estratégias de comunicação não-verbal (elaborar uma folha onde se coloque todas as letras do abecedário e números de 1-10), de modo a que o doente elabore palavras e frases comunicado por via não-verbal; 	<p>Que o doente adquira uma comunicação verbal pausada e perceptível;</p> <p>Que o doente adquira estratégias eficazes de comunicação não-verbal</p> <p>- 29/10/16, utiliza a folha que contém o abecedário e constrói as palavras para comunicar;</p>

	incapacidade de expressão verbal	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar/adotar estratégias de controlo de ansiedade quando a expressão não-verbal não é percebida pelo profissional de saúde ou familiares, como respiração profunda com lábios semicerrados, olhos fechados e pensamentos de tranquilidade; - Incentivar a comunicação verbal de modo pausado e tranquilamente. 	<ul style="list-style-type: none"> - 7/11/16, demonstra maior tranquilidade para comunicar verbalmente e quando sente ansiedade utiliza como recurso a folha acima referida; - 10/11/16, utiliza com menor frequência a folha elaborada e expressa-se com maior perceção e motivação.
EQUILIBRIO CORPORAL, comprometido em grau reduzido, relacionado com imobilidade no leito	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o equilíbrio sentado estático e dinâmico; . Avaliar o equilíbrio ortostático estático e dinâmico; -Prevenir incidências de quedas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar equilíbrio corporal, em posição sentado e ortostático: equilíbrio estático e dinâmico; - Estimular para o treino de equilíbrio corporal em posição de sentado e ortostática; - Treinar o equilíbrio corporal em posição de sentado e ortostática; - Assistir no treino de marcha. 	<p>Que o doente adquira o equilíbrio corporal na posição sentado e posição ortostática;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 27/10/16, apresenta equilíbrio estático e dinâmico sentado; - 7/11/16, necessita de apoio de 2 pessoas bilateralmente para efetuar a marcha; - 10/11/16, necessita de apoio de 1 pessoa e recurso de andarilho para realizar uma marcha segura. Na posição ortostática não consegue efetuar a prova Romberg- Barré³²

³² Prova Romberg-Barré – É realizada pedindo á pessoa para colocar um pé á frente de outro, em linha reta, diminuindo a base de sustentação (Menoita, 2012)

			<p>- Ao longo do internamento a força muscular e coordenação dos movimentos na marcha foram melhorando, observando-se ganhos funcionais. No entanto, ainda são necessários, o apoio de 1 pessoa e recurso a andarilho para uma marcha segura, por risco de queda elevado.</p>
<p>ANQUILOSE, risco de, relacionado com imobilidade no leito</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir a anquilose nos diferentes segmentos osteoarticulares; - Prevenir o declínio funcional nos diferentes segmentos osteoarticulares; 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o risco de rigidez articular; - Incentivar a mobilização ativa dos diferentes segmentos osteoarticulares; - Incentivar a mobilização das extremidades e do corpo no leito de forma autónoma; - Realizar mobilizações passivas em todos os segmentos articulares do corpo, enquanto força $\leq 2/5$, na escala de Lower (7 vezes em cada segmento); - Realizar mobilizações ativas/assistidas, quando o doente já apresenta força grau 3/5, na escala de lower (7 vezes em cada segmento); - Realizar mobilizações ativas/resistidas com introdução progressiva de resistência (theraband de resistência moderada a forte e pesos de 0,5Kg a 1kg em todos os segmentos articulares dos 4 membros, 	<p>Que o doente não adquira rigidez articular nos diferentes segmentos osteoarticulares;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Após período de sedação e ao longo do internamento, apreende a informação realizando auto-mobilizações no leito; - Ao longo do internamento, durante o programa da reeducação funcional sensório-motora foram realizadas mobilizações passivas e após ativas/resistidas, em todos os segmentos osteoarticulares, só foi observada limitação da articulação do joelho dto por alteração osteo-articular degenerativa. - Ao longo do internamento, com o aumento da força muscular e colaboração no programa de

		<p>quando o doente já apresenta força grau 4/5, (7 vezes em cada segmento)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a executar exercícios musculartoarticulares, realizando exercícios isotónicos e isométricos em todos os segmentos musculartoarticulares da cabeça, pescoço e membros; - Realizar exercícios de ponte deitado no leito (repetir 5 vezes); - Realizar períodos de posição sentado na beira do leito; - Realizar exercícios com cicloergómetro quando força grau 4/5 nos segmentos articulares dos membros inferiores, com endurance progressiva de 1 min a 3 min, de acordo com a tolerância ao esforço; - Realizar transferência para o cadeirão, realizando o doente carga em ambos os membros inferiores; - Realizar treino de marcha. 	<p>reabilitação sensório-motor, não foram observadas alterações da rigidez articular.</p>
AUTO CUIDADO, Comprometido em grau elevado, relacionado com	- Promover o auto cuidado;	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o auto-cuidado; - Estimular para o auto-cuidado; 	<p>Que o doente obtenha uma autonomia crescente na realização das AVDs;</p> <p>- 19/10/16, doente sedado, encara o observador, com atenção e compreensão mantidas, cumpre</p>

fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos	<p>- Promover a independência para as AVDs</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Assistir no auto-cuidado: higiene, vestuário, alimentação, eliminação intestinal, eliminação vesical; - Treino de capacitação do doente nas AVDs, de acordo com tolerância do doente, providenciando o estratégias adaptativas necessárias; - Alimentar o doente por sonda gástrica de acordo com o protocolo de nutrição entérica do serviço, introduzindo a alimentação via oral, após avaliação de deglutição; - Assistir o doente a alimentar-se, realizando apoio no cotovelo (enquanto doente apresentar força 3/5, nos segmentos articulares do cotovelo e ombro á direita) - Providenciar estratégia adaptativa para o doente alimentar-se autonomamente, com recurso a colocação de ligadura no cabo de colher (diminuição de força nos movimentos de preensão e motricidade fina; - Instruir o doente/família nos cuidados a ter com algália; 	<p>ordens simples (apertar a mão, mobilizar os membros), no entanto, ainda não é possível ter a colaboração do doente pelo estado de sonolência e fraqueza muscular;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 29/10/16, com maior força muscular (força 3/5 nos segmentos articulares dos membros superiores, o doente penteou-se com apoio do cotovelo e punho; - 30/10/16, após avaliação da deglutição, o doente iniciou alimentação via oral, alimentou-se sozinho com apoio no cotovelo e recurso de estratégia adaptativa (colocação de ligadura no cabo de colher) - 1/11/16, alimenta-se sozinho, sem dificuldade, a esposa colabora nesta AVD na preparação dos alimentos e arranjo dos alimentos para a refeição; - 10/11/16, o doente e esposa demonstram ter o conhecimento total no cuidado com a ostomia de eliminação e eliminação através da partilha de informações decorrentes do seu dia-dia antes
--	--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - Estimular o doente/família para o auto-cuidado da ostomia de eliminação e eliminação intestinal (ostomia realizada em 2013 que o doente cuidava autonomamente); - Envolver a esposa (cuidador principal em todos os auto-cuidados), após saber o desejo do doente relativo à colaboração por parte da esposa. 	do internamento. Conhecimento total do doente e esposa validado através da troca de placa e saco de ostomia por extravasamento acidental de fezes.
ÚLCERA POR PRESSÃO, risco presente, por imobilidade no leito	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir a ocorrência de úlcera por pressão; - Manutenção de integridade cutânea; 	<ul style="list-style-type: none"> - Assegurar a existência de equipamento preventivo de desenvolvimento de úlcera por pressão (colchão anti-escara e almofadas de diferentes dimensões); - Avaliar diariamente escala de Braden, determinando o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão; - Posicionar/assistir no posicionar, o doente nos diferentes posicionamentos, de acordo com a escala de Braden (2/2h, 3/3h, 4/4h); - Vigiar a integridade cutânea; - Incentivar e vigiar a ingestão de líquidos; - Incentivar e assegurar o aporte nutricional adequado para as necessidades diárias do doente (suplementos proteicos e energéticos, batidos enriquecidos com fibra, fruta e proteína trazidos pela esposa; 	<p>Que não ocorra o desenvolvimento de úlcera por pressão;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 20/10/16, apresenta sedação em perfusão, força muscular grau 2/5, apresentado alto risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão. Posicionado de 2/2h (escala de Braden). - 29/10/16, sem sedação, força muscular grau 3/5, com colaboração do doente para mobilizar as extremidades, é assistido o posicionamento de 3/3h; - 1/11/16, força muscular 4/5 realiza auto-mobilizações no leito, á assistido o posicionamento de 4/4h no leito.

		<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a realização de auto-mobilizações no leito e cadeirão; - Incentivar a realização de exercícios isotónicos; - Incentivar a realização de exercícios isometricos com recurso a faixa elástica (TheraBand) nos membros superiores e inferiores. 	- Ao longo do internamento, não foi visualizado o desenvolvimento de úlcera por pressão.
QUEDA, risco presente, relacionado com fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir a ocorrência de queda - Promover a segurança do doente 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o risco de queda, diariamente, segundo escala de morse (segundo protocolo do hospital); - Manter um ambiente seguro, - Manter a cama no nível mais baixo, quando o doente está deitado; - Levantar as grades da cama, quando o doente está deitado; - Providenciar imobilizador de tronco, quando o doente está deitado; 	<p>Que não ocorra nenhum episódio de queda;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ao longo do internamento verificou-se um decréscimo do risco de queda (elevado risco: score 50, para risco moderado- score: 35) associado ao crescente aumento da força muscular e equilíbrio corporal; - Não se verificou nenhum episódio de queda;
TRANSFERIR-SE, dependente em grau elevado, relacionado com fraqueza muscular adquirida	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenção de complicações associadas á imobilidade no leito; 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar critérios de segurança para efetuar levante para cadeirão (estabilidade hemodinâmica, existência de dispositivos médicos); - Avaliar o transferir-se (estado de consciência, força muscular, colaboração do doente); 	<p>Que o doente adquira uma capacitação crescente no transferir-se para o cadeirão e leito;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 27/10/16, por cansaço fácil a médios esforços (Borg modificado=4/10, na transferência para cadeirão) (anexo 2) realiza levante com

<p>nos cuidados intensivos (27/10/16)</p> <p>TRANSFERIR-SE, dependente em grau moderado, relacionado com fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos (10/11/16)</p>	<p>- Assegurar a crescente autonomia na transferência do leito para cadeirão.</p>	<p>- Providenciar equipamento adaptativo para o levante (elevador hidráulico), se não for possível o doente efetuar carga nos membros inferiores;</p> <p>- Providenciar dispositivos de segurança para o levante (meias de contenção dos membros inferiores para prevenção de tromboembolismo e imobilizador do tronco para prevenção de queda, segundo protocolo do hospital);</p> <p>- Realizar levante á beira do leito, verificando o equilíbrio sentado estático e dinâmico, avaliar força muscular do tronco;</p> <p>- Realizar levante do doente com apoio bilateral de 2 pessoas, verificar a carga que o doente efetua em ambos os membros inferiores;</p> <p>- Avaliar o movimento de marcha, realizado pelo doente na transferência para o cadeirão;</p> <p>- Avaliar a tolerância ao esforço, através da escala de Borg modificada;</p> <p>- Incentivar o transferir-se;</p> <p>-Instruir e treinar o transferir-se;</p> <p>-Assistir o transferir-se;</p>	<p>elevador hidráulico com tolerância.</p> <p>Permaneceu sentado uma hora, realizado alívio de pressão de regiões isquáticas e sacro-coccigea, 20 minutos após levante (doente efetuou carga em ambos os membros inferiores e realizou exercícios isométricos). Assumiu posição do fowler com correção postural, demonstrando adquirir força muscular no tronco e equilíbrio sentado estático;</p> <p>- 28/10/16, reeducação do esforço durante a transferência para o cadeirão, sem dispneia, realizou carga em ambos os membros inferiores e esboçou movimento de marcha funcional, com estabilidade hemodinâmica (FC= 87 p/min, FA com resposta controlada, FR= 28 cc/min, SPO2=98%, TAS>100 mmHg);</p> <p>- 1/11/16, realiza treino de marcha para cadeirão (com recurso de ténis, para maior aderência ao chão e segurança na marcha, pedidos á esposa) com apoio de 2 pessoas</p>
---	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar o repouso e estratégias não farmacológicas, se surgir dispneia (dissociação de tempos respiratórios, controlo de ansiedade, posição de cocheiro/ posição fowler com correção postural, com membros superiores apoiados em almofadas); 	<p>bilateralmente, estabilidade hemodinâmica e tolerância ao esforço mantidas;</p> <p>- 7/11/16, realiza treino de marcha com apoio de 2 pessoas bilateralmente, realizando marcha de 10 passos com marcha funcional e tolerância ao esforço, com período de repouso sentado de 5 min);</p>
<p>ANDAR, dependente em grau elevado, relacionado com fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos (1/11/16)</p> <p>ANDAR, dependente em grau moderado, relacionado com fraqueza muscular</p>	<p>- Assegurar a crescente autonomia na marcha;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar critérios de segurança para efetuar treino de marcha (estabilidade hemodinâmica, existência de dispositivos médicos); - Avaliar força muscular; - Avaliar equilíbrio sentado e ortostático, estático e dinâmico; - Incentivar o andar para cama/cadeirão; - Instruir e treinar o andar para cama/cadeirão; - Realizar treino de marcha com apoio bilateral de 2 pessoas; - Providenciar dispositivo adaptativo para andar (andarilho, trazido pela esposa do doente) - Assistir no andar para a cama/cadeirão; 	<p>Que o doente adquira capacitação crescente na marcha;</p> <p>- 1/11/16, realizado treino de marcha com apoio bilateral de 2 pessoas para o cadeirão/cama, com reeducação no esforço, correção postural e reforço motivacional;</p> <p>- 7/11/16, realiza treino de marcha com apoio de 2 pessoas bilateralmente, realizando marcha de 10 passos com marcha funcional e tolerância ao esforço (escla de Borg=4/10);</p> <p>- 10/11/16, realiza treino de marcha com apoio de 1 pessoa e andarilho, com treino de marcha em redor do leito (marcha de 10 passos) com pouca tolerância ao esforço e marcha funcional.</p>

adquirida nos cuidados intensivos (10/11/16)		<ul style="list-style-type: none"> - Instruir e treinar técnicas de conservação de energias no andar (repouso por períodos, realizar a inspiração durante o movimento de flexão dos joelhos); - Vigiar tolerância ao esforço; - Monitorizar sinais vitais (TA,FC, FR, SpO2); - Assegurar ambiente seguro durante o treino de marcha, presença de dispositivos médicos). 	<p>No regresso ao leito, últimos 5 passos, escala de Borg=5/10, que regride para 1/10 após 5 minutos de posição de sentado. Após a marcha doente refere sensação de satisfação pessoal e bem-estar.</p>
---	--	---	---

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Menoita E.C., (Coord) (2012). *Reabilitar a Pessoa com AVC - Contributos Para Um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência.

Apêndice VII – Póster “ A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no doente crítico com alteração da Mobilidade”

A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO NO DOENTE CRÍTICO COM ALTERAÇÃO DA MOBILIDADE

As formas das atividades docentes e institucionais e os modelos curriculares são influenciados por uma mudança na percepção da taxa de mortalidade e morbidade por doenças infecciosas em crianças, adolescentes, e mulheres e a busca de intervenções no nível local para um maior conhecimento de desenvolvimento de doenças infecciosas em jovens adultos. A criação de programas de mobilização no ensino médio, e para adolescentes, tanto como uma intervenção de educação na prevenção da transmissão sexual e redução de risco de gravidez, e também de um programa de mobilização, e também mais, visando a implementação de programas nos estudantes e no, no ensino em ambientes alternativos, como a distribuição de meios de contracepção no nível de aprendizagem individual. Como resultado, os modelos curriculares de mobilização de jovens adultos, de crianças, e adolescentes de percepção são influenciados por mudanças decisivas na estrutura e conteúdo de mobilização pessoal de jovens adultos. (Gardner et al., 2002)

Accepted Article

Teilnehmerkriterien

[illegible]

Palmerus, J. Henry

péssimissimos, *muito mau*, *muito ruim*; *reabilitado*, *muito melhor*, *muito bom*; *reabilitou-se*, *melhorou*, *bombar*.

Após análise dos resumos e conclusões das 18 artigos selecionados e posterior leitura completa, foram extraídos 3 artigos. Destaca-se a presença adicional de referências bibliográficas destes artigos e acrescentamos 8 artigos que, em conjunto com os já extraídos, compõem este TCC/TMA, cujo resumo expõe a temática em foco. Os três artigos selecionados e citados em seguida são artigos científicos. Foram utilizados dois critérios:

[illegible]

1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26

[illegible]

Legend de 1998

[illegible]

Nota de agradecimento – O autor do programa de mobilização pessoal, Jeffry, vem de 18 anos no ensino superior e universitário, sendo graduado em Engenharia, sendo de licenciatura em Física, realizando mobilização pessoal em todos os segmentos universitários de licenciatura e engenharia respondendo com sucesso a demandas acadêmicas, atuando a diversos níveis acadêmicos. **Motivacional**

[illegible]

Pela : com sintomas de tosse e com sintomas clínicos, com necessidade de monitorização por exames e avaliação funcional. Realiza-se visitas, em duas etapas, sob orientação, sendo o primeiro de avaliação funcional e o segundo de avaliação funcional.

7. An este cel mai mare + din. Indicați de câte ori au fost în 1 an, marile incendii din România din ultimii 10 ani. Răspundeți la următoarele întrebări. Cum s-a simțit în timpul incendiilor? Ce măsuri s-au luat pentru a preveni incendii? Ce măsuri s-au luat pentru a preveni incendii?

⚠️ Attenzione: I radicali trapiantati, per difficoltà di contatto personale, hanno verificato anche con strumenti di ricerca, durante periodo di contatto a distanza, informazioni.

27 **da-** este funcție de parametrizării variabilelor. Se poate de selectat care variabile sunt date și în
numărul programelor de modificare, pentru a fi utilizate în următorii calcule.

2º dia - hora (para 1/3), realizada modificação: ritmo/accidentais em todos os trechos, particularmente, nos pontos de ritmo mais vigoroso, com o objetivo de proporcionar de imediato uma "liberação" da voz, sem alterar o andamento, realizar percussão de mãos em 1 no período diapasão (12a). Realizada percussão de teclado, com uma só digitação.

2º dia - Prova para 4/5 em todos os segmentos curriculares, das 8 unidades, com as seguintes áreas: Língua Portuguesa, Matemática, Ciências, História, Geografia, Inglês, Espanhol, Francês, Artes e Educação Física.

20 **44** - realiza o planejamento de longo prazo toda com maior participação do coletivo. Serão levadas em conta todas as ideias de 1 pessoa, visando criar um ambiente melhor;

27 dia - Inaugura a transmissão para o radiotelevisão maior taxa e eleva o montante de fundo de colhe para valores fixos.

21º dia...realiza treino de marcha em ritmo de brisa com apoio de muletas e 2 pessoas.

[illegible]

Autor: Andrea Basso. Niente copyright 10-105. Numero 17094-003. Gruppo Servono (Interneta) Esplicita di
 Massimo di 10-105. Autrice: Francesca di Basso Basso

Apêndice VIII- Plano de exercícios para a pessoa com AVC

Unidade de Cuidados na Comunidade de Equipa de cuidados continuados integrados (ECCI)

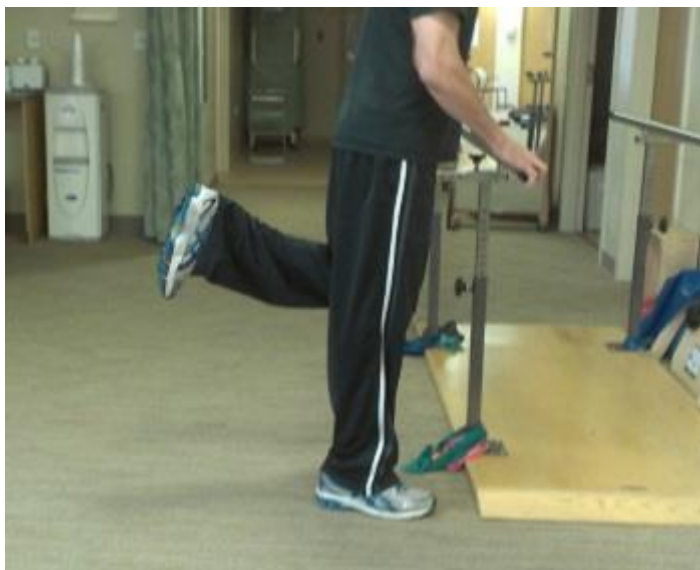
- Programa de exercícios para recuperação da pessoa com AVC (Acidente Vascular Cerebral)
 - ✓ Exercícios para os membros inferiores na posição de pé com auxílio de uma cadeira para apoio:



Exercício nº1

1. Apoiado com uma mão numa cadeira, dobrar e esticar a perna como mostra a figura;
2. Se conseguir mantenha a perna em cada posição durante 5 segundos;
3. Repita 8 vezes, 2 vezes por dia.
4. Repita com o outro lado.

Nota: No lado do corpo mais afetado pelo AVC insistir mais na posição de flexão da perna (perna dobrada)



Exercício nº2

1. Apoiado numa superfície (ex: cadeira) dobrar a perna para trás e após colocar a perna na posição inicial;
2. Se possível mantenha durante 5 segundos a perna dobrada;
3. Repita 8 vezes, 2 vezes por dia.
4. Repita com o outro lado.



Exercício nº3

1. Apoiado numa cadeira afastar e aproximar a perna
2. Mantenha por 5 segundos a perna afastada
3. Repita 8 vezes, 2 vezes por dia.
4. Repita com o outro lado.



Exercício nº4

1. Apoiado numa cadeira, costas direitas, elevar a perna menos afetada para trás e voltar a colocar a perna na posição inicial.
2. Se possível, mantenha a perna elevada por 5 segundos.
3. Repita 8 vezes, 2 vezes por dia.



Exercício nº5

1. Com as mãos apoiadas na cadeira, costas direitas, colocar as pernas ligeiramente afastadas, colocar-se em bicos de pés;
2. Manter por 5 segundos, se possível;
3. Repita 8 vezes, 2 vezes por dia.

Nota: Poderão ser utilizados pesos no tornozelo para conferir maior dificuldade aos exercícios e adicionar resistência, no entanto, estes só podem ser utilizados no lado do corpo menos afetado pelo AVC

- ✓ **Exercícios dos membros superiores na posição de sentado utilizando pesos para fortalecimento muscular**



Exercício nº1

1. Na posição de sentado (ou em pé), costas direitas, levantar o peso até ao máximo que possa (sem dor)
2. Manter 5 segundos, se possível;
3. Repete 8 vezes, 2 vezes por dia;
4. Repita com o outro braço.



Exercício nº2

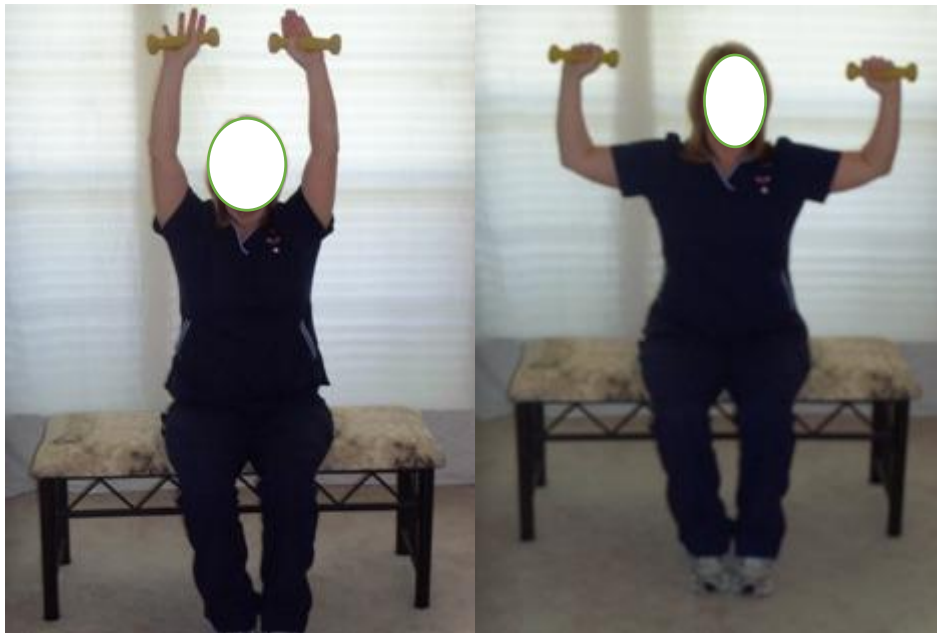
1. Na posição de sentado, costas direitas, tronco ligeiramente fletido para a frente, levantar o peso com o braço esticado para trás;
2. Manter 5 segundos, se possível;
3. Repete 8 vezes, 2 vezes por dia;
4. Repita com o outro braço.



Exercício nº3

1. Na posição de sentado ou em pé, costas direitas, braço esticado levantar o braço para trás até ao máximo que possa (sem dor)
2. Manter 5 segundos, se possível;
3. Repete 8 vezes, 2 vezes por dia;

4. Repita com o outro braço.



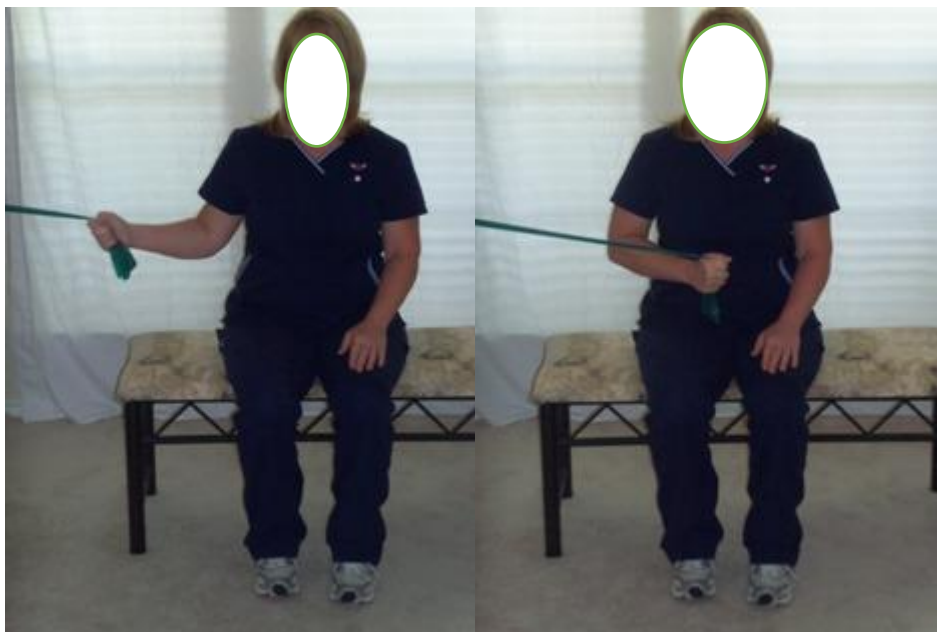
Exercício nº4

1. Na posição de sentado ou em pé, costas direitas, braços esticados, descer os braços ao longo do corpo até obter um ângulo de 45° como mostra a figura
2. Manter 5 segundos, se possível;
3. Repete 8 vezes, 2 vezes por dia;



Exercício nº5

1. Na posição de sentado, costas direitas, braços dobrados com cotovelos junto ao tronco, utilizar uma faixa elástica e afastar um pouco as mãos
2. Manter 5 segundos, se possível;
3. Repete 8 vezes, 2 vezes por dia;



Exercício nº6

1. Na posição de sentado, costas direitas, braços dobrados com cotovelos junto ao tronco, utilizar uma faixa elástica presa a uma porta por exemplo aproximar a mão ao tronco;
2. Manter 5 segundos, se possível;
3. Repete 8 vezes, 2 vezes por dia.

Outro tipo de exercícios:

- ✎ Na posição de sentado ou de pé segure os pesos em ambas as mãos com os cotovelos dobrados em ângulo de 90° e apoiados ao tronco. Vire as palmas para cima e para baixo repetindo 8 vezes cada, duas vezes por dia;
- ✎ Na posição de sentado ou de pé segure um peso em cada mão com as palmas viradas para baixo, com os cotovelos apoiados ao tronco e os cotovelos dobrados em ângulo de 90° levante os pulsos para cima e para baixo (somente o movimento do pulso). Repita 8 vezes, duas vezes por dia;
- ✎ Na posição de sentado ou de pé segure um peso em cada mão com as palmas viradas para cima, com os cotovelos apoiados ao tronco e os cotovelos dobrados em ângulo de 90° levante os pulsos para cima e para baixo (somente o movimento do pulso). Repita 8 vezes, duas vezes por dia;

Imagens retiradas de WWW. Stroke-reab.com

Trabalho realizado por: Andreia Duarte
 (Estudante do 5º Curso Pós Licenciatura de Especialização
 em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de
 Enfermagem de Lisboa- ESEL)

ANEXOS

Anexo I – Formação Avançada de Massagem Terapêutica e Aplicação de BNM

CERTIFICADO



*PROFESSOR DOUTOR LUÍS MANUEL ALMEIDA SOARES JANEIRO, Presidente do Conselho de Direção da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, certifica para os devidos efeitos que **Andreia Vanessa Freitas Rocha Duarte** concluiu, com **18 valores**, o **Curso Avançado de Massagem Terapêutica e Aplicação de Bandas Neuromusculares**, ministrado nesta Escola nos dias 21, 22, 28 e 29 de novembro de 2014, num total de **30 horas de contacto**, sendo creditados **2 ECTS**.*

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:

- Os princípios gerais
- Componentes da massagem e efeitos da massagem
- Técnicas de massagem
- Componente teórico-prática das técnicas de massagem
- Bandas neuromusculares - características, processo de aplicação em diversos contextos clínicos e apresentação de casos clínicos com resultados documentados

Componente prática das técnicas de massagem

- Pressões
- Compressões
- Amassamento
- Fricções
- Drenagem Linfática
- Percussões
- Vibrações
- Roulement e malaxação
- M.T.P.
- Pincé-roulé
- Crioterapia

Bandas Neuromusculares - técnicas de aplicação

Lisboa, 29 de dezembro de 2014.

Pl O Presidente do Conselho de Direção

Prof. Doutor Luís Janeiro



Anexo II – Avaliação Formativa dos Orientadores nos diferentes Ensinos Clínicos

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM - ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
ESTÁGIO COM RELATÓRIO/DISSERTAÇÃO - Registo das Sessões de Orientação
Tutorial

Nome : Andreia Vanessa Freitas Rocha Duarte

Nome do orientador: Vanda Marques Pinto

Data: <u>28 /10/ 2014</u>	Duração das 9h 30m às 11h 30 m
---------------------------	--------------------------------

A estudante faz apreciação do seu percurso formativo julga que as suas características pessoais de algum receio condicionam a transmissão de conhecimentos. Tem muitos desafios que ainda quer trabalhar nomeadamente a consciência e sua recuperação. Deve melhorar ao nível da insegurança utilizando estratégias como a pesquisa, sente também que deve investir mais ao nível da relação com a família. Ao nível da investigação, tem utilizado sobretudo com o objetivo focado no projeto. Tem tido diferentes experiências de práticas, comunicação e relação evidenciando melhoria.

Preocupa-se em planear com base na tomada de decisão fundamentada analiticamente. Avalia-se em Bom. A enfermeira orientadora avalia o percurso da estudante de Muito Bom salientando características como interessada e organizada.

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM - ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**ESTÁGIO COM RELATÓRIO/DISSERTAÇÃO - Registo das Sessões de Avaliação
Formativa**

Nome : Andreia Vanessa Freitas Rocha Duarte

Nome do orientador: Vanda Marques Pinto

Data: 19 /01/ 2015

Duração das 12h às 13h 10 m

A estudante faz apreciação do seu percurso formativo considerando uma melhoria nas características pessoais de insegurança. Verifica uma crescente no sentimento de segurança e destreza estabelecendo uma correta observação e avaliação estabelecendo programas de reabilitação adequados ao utente e sua família. Um dos desafios que sente é melhorar a expressão oral dos conhecimentos adquiridos, como estratégia a utilizar irá realizar um bloco de notas como “auxiliar de memória”. Considera uma melhoria no seu processo formativo a relação terapêutica estabelecida com o utente e sua família privilegiando o ensino, capacitação e autonomia da pessoa/ família. Mantém as suas características pessoais de empenho, organização e interesse. Considera ser necessário investir mais a nível da investigação e solidificação dos conteúdos adquiridos. Ao longo do ensino clínico tem tido diferentes experiências teórico-práticas, comunicação e relação terapêutica evidenciando melhoria. Avalia o seu percurso no Bom considerando a possibilidade de progredir para Muito Bom.

A enfermeira orientadora avalia o percurso da estudante no Bom evidenciando as características de empenho, interesse e destreza. Considera a estudante necessitar de melhorar os conhecimentos teóricos de modo a utilizá-los de modo atempado e com segurança.